

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1928-1929 — N° 283

TRAVAIL DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE
DU PROFESSEUR L. TIXIER

LA
TUBERCULOSE FLORIDE
DE
L'ARTICULATION DU GENOU

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 15 Juin 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. KANG HOK-SUN

遜學江士博學醫

Professeur à l'École de Médecine de Kouang-Touang,
Médecin à l'Hôpital de la Croix Rouge de Canton,
Assistant étranger à la Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.
Né le 19 Mars 1899 à Canton (Chine)

LYON
EDITIONS DU SERVICE PHOTOGRAPHIQUE
DE L'UNIVERSITÉ

1929

LA TUBERCULOSE FLORIDE

DE

L'ARTICULATION DU GENOU



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1928-1929 — N° 283

TRAVAIL DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE
DU PROFESSEUR L. TIXIER

LA
TUBERCULOSE FLORIDE
DE
L'ARTICULATION DU GENOU

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 15 Juin 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. KANG HOK-SUN

遜學江士博學醫

Professeur à l'École de Médecine de Kouang-Touang,
Médecin à l'Hôpital de la Croix Rouge de Canton,
Assistant étranger à la Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.
Né le 19 Mars 1899 à Canton (Chine)

LYON
EDITIONS DU SERVICE PHOTOGRAPHIQUE
DE L'UNIVERSITÉ

1929

PERSONNEL DE LA FACULTE

DOYEN HONORAIRE.....	MM. H. HUGOUNENO
DOYEN.....	J. LÉPINE
ASSESEUR.....	ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES
MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, BARD, LANNOIS.

PROFESSEURS	
Cliniques médicales.....	MM. PIC.
Cliniques chirurgicales.....	PAVIOT.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique.....	BÉRARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	COLLET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.....	NOVÉ-JOSSERAND.
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	HUGOUNENO.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL.
Anatomie.....	BRETIN.
Histologie.....	GUIART.
Physiologie.....	LATARJET.
Pathologie interne.....	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	DOYON.
Anatomie pathologique.....	FROMENT.
Chirurgie opératoire.....	CADE.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	FAVRE.
Médecine légale.....	PATEL.
Hygiène.....	ARLOING (F.).
Thérapeutique.....	ETIENNE MARTIN.
Pharmacie.....	COURMONT (P.).
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SAVY.
	LEULIER.
	PIÉRY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE	
Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — Chimie minérale.....	BARRAL.
— — Urologie.....	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRE	
Anatomie topographique.....	MM. THÉVENOT (Léon).
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	RHENTER.
Chirurgie expérimentale.....	TAVERNIER.
Stomatologie.....	TELLIER.

M.	MM.	MM.	MM.
GARIN.	BONNET.	NOEL.	MARTIN (Joseph).
TRILLAT.	RHENTER.	CHEVALLIER.	ROCHET (Ph.).
SARVONAT.	MAZEL.	DUMAS.	WERTHEIMER.
FLORENCE (G.)	SANTY.	DUFOUR.	GATÉ.
ROCHAIX.	DUNET.	DEVIC.	
CORDIER.	CHALIER (André).	GABRIELLE.	
ROUBIER.	CHALIER (Joseph).	MANCEAU.	

M. BAYLE, secrétaire.



EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. L. TIXIER, Président ; P. BONNET, Assesseur ;
MM. Ph. ROCHET et WERTHEIMER, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MA CHERE GRAND'MERE

A MON PERE, A MA BELLE-MERE

En hommage de tendresse et
de reconnaissance.

A MES FRERES ET A MES SOEURS

A TOUS MES PARENTS ET A TOUS MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR L. TIXIER

Professeur de Clinique chirurgicale
Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET

Professeur de Clinique chirurgicale
Grand Officier de la Légion d'Honneur
Membre de l'Académie de Médecine

A MONSIEUR LE PROFESSEUR OMBREDANNE

Professeur de Clinique chirurgicale
infantile et orthopédique

A MONSIEUR LE PROFESSEUR G. ROUSSY

Professeur d'anatomie pathologique

A MONSIEUR LE DOCTEUR M. THALHEIMER

Prosecteur à la Faculté de Médecine de Paris
Chef de Clinique chirurgicale à la Salpêtrière

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BONNET

Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ
PH. ROCHET

Chirurgien des Hôpitaux

A MESSIEURS LES MEMBRES DE MON JURY

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LATARGET

Professeur d'anatomie
Officier de la Légion d'Honneur

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ARLOING

Professeur de médecine expérimentale et comparée
et bactériologie
Officier de la Légion d'Honneur

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUFOUT

Médecin des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR E. POLLOSSON

Chef de Laboratoire de Clinique chirurgicale

Qui a bien voulu m'aider dans
mes travaux et m'éclairer de son
expérience.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. DE ROUGEMONT

Chef de Clinique chirurgicale

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. BERTRAND

Chef de Clinique chirurgicale

A TOUS MES MAITRES
ET A TOUS MES CAMARADES DE LA FACULTÉ
DE MEDECINE ET DES HOPITAUX DE LYON

A MES ANCIENS MAITRES
DE L'ECOLE DE MEDECINE DE CANTON

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. CASABIANCA

Médecin Aide-Major de 1^{re} classe des troupes coloniales
Directeur de l'Hôpital français
et de l'Ecole de Médecine franco-chinoise
de Canton

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. TSOI

Médecin de l'Hôpital Doumer de Canton

A MONSIEUR LE DOCTEUR LAM

Médecin de l'Hôpital Doumer de Canton

A MON CHER CAMARADE
LE DOCTEUR HO TCHI TCHEANG

Docteur de la Faculté de Médecine de Lyon
Directeur du Bureau Municipal d'Hygiène de Canton

AVANT-PROPOS

Quand j'étudiais dans mon pays l'art de la médecine je comprenais bien qu'il me manquait quelque chose pour que mon travail fut réellement complet, et c'est en France que je désirais le parfaire.

A Paris, autant qu'à Lyon, j'ai rencontré de hautes bienveillances et j'ai eu les témoignages les plus précieux qui m'ont encouragé et permis de mener à terme le petit opuscule que je publie aujourd'hui.

Au moment de quitter la France, c'est pour moi le plus doux des devoirs d'exprimer ma reconnaissance à ceux qui m'ont accueilli, et particulièrement à MM. le Professeur Tixier, de la Faculté de Médecine de Lyon, et les Professeurs Gosset et Ombredanne, de la Faculté de Médecine de Paris.

Grâce à eux j'emporte non seulement une grande admiration pour la science et la culture françaises, j'emporte aussi un véritable amour, que les années ne diminueront pas, pour le noble pays où j'ai passé quatre années qui compteront parmi les plus belles de ma vie.

INTRODUCTION

Dans son enseignement, M. le Professeur Tixier insiste sur une forme un peu spéciale de se présenter de la tuberculose de l'articulation du genou. Nous avons eu l'honneur de l'entendre traiter de ce sujet en une de ses cliniques. Celle-ci, illustrée par des faits tirés de sa pratique personnelle, et par des malades, dont il a bien voulu nous confier les observations, nous a conduit à tenter d'exposer les idées de notre Maître touchant ce point particulier de la pathologie.

Dans ces grandes lignes, l'histoire que nous envisageons est celle d'une tuberculose évoluant chez l'adulte, sous le couvert d'une apparence clinique trompeuse de par son aspect de bénignité locale et générale, pour un temps au moins.

Cliniquement, le sujet qui la porte se présente avec tous les avantages extérieurs d'un embonpoint floride et d'un état général florissant.

Localement aussi l'articulation paraît « floride »,

malgré son atteinte, et une certaine torpeur semble diriger l'évolution d'un processus tuberculeux atténué. On est tout naturellement porté à un certain optimisme devant un tel tableau.

Une thérapeutique à minima, conservatrice, se devrait de guérir simplement de tels malades. Le pronostic s'autorise de paroles réconfortantes. Tout paraît devoir permettre des prévisions favorables.

Le terrain, qui porte une telle tuberculose, est d'apparence satisfaisante avons-nous dit. L'articulation de par la longueur torpide de ses lésions semble vouée à des améliorations rapides et à la guérison par l'immobilisation plâtrée banale, l'héliothérapie et l'arsenal médical habituel. Les tentatives les plus obstinées et les plus sérieuses restent cependant vaines.

Le temps, les mois, les années passent sans apporter jamais cette rétrocession complète que tout permettait d'escompter. L'ankylose, évolution favorable de la tumeur blanche traitée et guérissant spontanément, reste le but indéfiniment poursuivi, sans succès.

Contrairement même aux prévisions escomptées la longueur d'une thérapeutique expectante, confiante en la nature, aidée médicalement, ne reste point sans danger. Localement ces lésions torpides peuvent subitement revêtir les caractères graves d'une tuberculose aiguë, à évolution suppurative et fistuleuse. Par ailleurs, l'état général floride, peut lui-même à la longue

fléchir sous l'apparition de lésions de généralisation tuberculeuse. A cette forme de tuberculose floride de l'articulation du genou chez l'adulte, M. le Professeur Tixier oppose une thérapeutique rapidement active. Ces cas relèvent, en effet, d'une résection précoce, même chez les adultes jeunes. C'est pour lui la seule manière d'obtenir une guérison de bonne qualité et surtout la seule façon d'éviter un long traitement que l'expérience lui a montré rester insuffisant pour le moins, dangereux même.

Nous voudrions tenter de montrer à quelles lésions correspond ce type de tuberculose articulaire, quelle est son extériorisation clinique, comment on peut en concevoir le diagnostic, l'évolution et le traitement.

ÉTUDE CLINIQUE ET ÉVOLUTION

De la tuberculose de l'articulation du genou nous voulons tracer la manière habituelle de se présenter, puisqu'elle mérite à notre sens la valeur d'une véritable forme clinique individualisée.

Nous pensons ainsi en faire ressortir mieux les caractères spéciaux, mais il y a de toute évidence des nuances qui la font parfois dévier du cadre absolu dans lequel nous désirons rester.

Chez l'enfant, elle sera laissée de côté. Chez lui, les réactions sont par trop différentes. Tout lui est particulier, évolution, pronostic, traitement. Tout revêt chez lui un cachet si spécial qu'on se doit de toute évidence, surtout lorsque le problème conclut à une sanction en grande part orthopédique, de le mettre absolument à part, dans un chapitre individualisé.

Du reste la tuberculose que nous envisageons est avant tout une forme de l'adulte.

Les limites un peu arbitraires qui séparent les diverses tranches de la vie permettent néanmoins de parler clair et d'estimer que la forme floride de la tuberculose articulaire du genou évolue de préférence entre 20 et 40 ans, exceptionnellement plus tard et jamais chez le vieillard, si tant est qu'on ait le droit d'être aussi catégorique.

Les jeunes filles et les jeunes femmes semblent touchées plus souvent que les hommes. Un lien commun cependant uni les uns aux autres. Il est dans la fréquence incontestable d'une hérédité ou d'un passé tuberculeux à manifestations diversement éclatantes, mais presque constantes. La difficulté est parfois de les dépister et d'en soupçonner la nature tant elles ont pu passer inaperçues.

Elles ont été, en général, assez voilées et le plus souvent on y a attaché peu d'importance. Elles ont par ailleurs touché un sujet d'aspect florissant et leur tendance évolutive a été bénigne. On se doit par un interrogatoire serré, précis, méticuleux, de les extraire parfois de la mémoire des malades qui les ont oubliées ou ne leur ont point accordé suffisamment d'importance. On peut ainsi retrouver des manifestations tuberculeuses anciennes. Il est banal de considérer comme une signature valable une otorrhée ancienne, une adénopathie cervicale ou autre. Il faut encore dépister les atteintes viscérales légères, et parmi elles M. le Professeur Tixier attache une énorme importance aux réactions pleurales. Une pleurésie sèche, séreuse par-

fois, est un argument de première force. Lorsqu'on interroge avec insistance, avec l'idée pour ainsi dire préconçue de trouver, on reste étonné de la fréquence considérable des pleurésies dont la nature ne doit point faire hésiter longtemps. Un incident de cet ordre dans le passé met immédiatement sur la voie du diagnostic étiologique. Il est précieux aussi de l'avoir pour soi avant que de décider d'une thérapeutique qui va être offensive, et qui a besoin, tant elle peut sembler exagérée, de trouver à se défendre avec des arguments solides.

C'est donc sur un passé, souvent entaché, mais oublié déjà, qu'en pleine santé, assez subitement, chez un sujet à aspect floride caractéristique que va survenir la première atteinte articulaire. L'habitus extérieur général est déjà particulier. Ce sont des adolescents souvent obèses, à gros ventre adipeux, et à grosses cuisses, à visage bouffi, de teint blafard de mauvais aloi, dont la nature malade ne trompe guère qu'un entourage enclin à des indulgences admiratives pour l'un des siens. D'autrefois l'aspect est plus nettement florissant encore et cette obésité revêt des caractères véritablement favorables. Il s'agit alors d'une de ces grosses filles de la campagne aux joues rouges et tendues. L'obésité seule paraît un peu exagérée pour l'âge. Il existe souvent chez elle un syndrome fruste d'insuffisance glandulaire, ovarienne et thyroïdienne en général. Les règles sont tard venues, peu abondantes et douloureuses. Des troubles circulatoires marquent leur empreinte sous forme de cyanose des

extrémités. Les mains et les avant-bras, les pieds et les jambes sont froids, marqués de plaques bleuâtres et violacées. Souvent ces régions sont le siège d'un œdème dur et ces modifications sont presque constamment douloureuses. Des engelures aux doigts et aux talons accompagnent cette vaso-motricité déficiente.

Chez un tel sujet apparaît à l'occasion d'un petit traumatisme, d'une fatigue banale, une hydarthrose légère. Le genou est lourd et un peu douloureux. De manière courante l'étiquette d'arthrite traumatique classe cette manière de débiter. Ce n'est point dans une impotence légère, ni dans un sentiment de pesanteur douloureuse du genou, ni dans l'absence de température qu'il faut chercher un caractère. Ce sont là banalités propres à toutes les hydarthroses.

Et cependant à considérer l'articulation de plus près, en elle-même, localement, un examen détaillé relève certaines particularités. On ne doit point confondre avec une hydarthrose banale. Il faut opposer aussi cet aspect à l'hydrops tuberculosus bien classique.

Le genou est globuleux il est vrai, élargi, aplati, injecté, *mais la déformation ne correspond pas à une grosse quantité de liquide articulaire*. On peut voir déjà qu'il s'agit plus d'un *épaississement synovial, péricapsulaire et périarticulaire*, que d'une hydarthrose vraie.

Le cul-de-sac sous-quadricipital épaissi est perçu à la palpation. Il glisse sous les doigts qui tentent de l'accrocher, sous forme d'un bourrelet. D'une manière générale on a plutôt l'impression d'une lipomatose et d'une périlipomatose articulaire. On serait presque tenté de songer à l'évolution d'un lipome arborescent. Peut-être, du reste, les relations sont-elles étroites entre celui-ci et la tuberculose.

Cet examen, pour être complet, exige *la palpation du creux poplité*. Il faut pour cela faire tourner le malade en position ventrale et palper la région, la jambe étant en légère flexion. C'est une manœuvre indispensable. Elle montrera la distension globale du losange poplité et la disparition des saillies tendineuses. Il importe d'insister sur cet examen qui, trop souvent, est omis ou pratiqué à la légère. Il n'acquiert de valeur qu'à la condition d'être minutieusement exécuté. Il suffit de se souvenir qu'à côté du genou antérieur qui, en général, immobilise à lui seul l'attention, il existe un *genou postérieur* dont il est capital de savoir tirer parti. Les données qu'il fournit peuvent être précieuses. C'est une lourde faute que de les laisser passer inaperçues ou de ne point savoir en tenir compte.

Devant cette hydarthrose si spéciale, mais dont la nature tuberculeuse éveille des doutes, on cherche les *réactions ganglionnaires* confirmatives. Elles sont atténuées ou tout au moins difficiles à préciser sous forme de petits ganglions perdus ou cachés dans la

graisse du triangle de Scarpa. Leur présence constante est un signe de valeur, mais il est parfois malaisé de la mettre cliniquement en évidence.

Du point de vue fonctionnel, *l'impotence est très relative*. On reste étonné de voir ce genou gros et globuleux se mobiliser sans grande douleur, de façon fort satisfaisante, jusqu'à l'angle droit et plus.

La marche possible sans boiterie entraîne cependant une fatigue rapide, disproportionnée avec les signes précédents. La lassitude vient rapidement. Le malade accuse un sentiment de faiblesse, d'insécurité de son genou, de douleur vague, et probablement cette déficience relève-t-elle d'une *atrophie musculaire* considérable en elle-même, mais estompée à un examen superficiel, car dissimulée par l'adiposité considérable de la cuisse.

Il est un symptôme sur lequel M. le Professeur Tixier insiste énormément, car sa valeur est constante et incontestable, c'est la *modification de la température locale*. Elle est le reflet clinique des signes de souffrance de l'articulation et si elle n'a pas de valeur étiologique, elle permet tout au moins de donner l'assurance d'une lésion sous-jacente certaine. Il ne s'agit point d'une chaleur accompagnée de rougeurs et de symptômes inflammatoires aigus. Il s'agit seulement d'une différence de température légère, mais nette, lorsque l'on compare un genou avec l'autre.

Il y a, si l'on peut dire, des régions froides normales, physiologiques en l'état de santé. Le genou est l'une d'elle.

La paume de la main, posée sur la région rotulienne et le cul-de-sac quadricipital, apprécie aisément cette modification thermique régionale, en particulier en comparant avec le côté sain.

On peut poser en principe qu'un genou, même d'apparence normale, qui présente cette chaleur si spéciale et si facilement appréciable, est un genou malade, un genou qui fatigue. Cela est vrai quelque soit l'affection considérée.

L'explication en est probablement dans le fonctionnement défectueux d'un mécanisme aussi délicat et complexe que celui d'une articulation qui travaille en force comme le genou. Le geste qui cherche à révéler ce signe rappelle celui de l'employé qui, à l'arrivée d'un rapide en gare, vient palper les essieux. Mauvais roulement, mauvaise articulation émettent une chaleur insolite. Il y a danger à continuer d'utiliser un tel mécanisme. La pathogénie est peut-être identique dans l'un et l'autre cas.

Pratiquement, il est incontestable qu'il y a là un signe de haute valeur qui ne trompe pas et qui permet soit de dépister le mauvais fonctionnement sous-jacent de l'articulation dès le début de son atteinte, aussi bien qu'il autorise à ne jamais considérer comme

entièrement guérie une articulation qui persiste à le présenter.

A genou chaud, ou plus chaud que l'autre, l'attention doit être mise en éveil. Il y a une raison pathologique en évolution sous roche, une crainte subsiste. Le certificat de guérison ne peut et ne doit pas être accordé.

Et si à l'occasion de cette affection nous évoquons ce signe clinique de tout premier ordre, c'est qu'il est propre, peut-on dire, à toute pathologie des articulations et plus particulièrement à celle de l'articulation du genou. Quelle que soit l'affection causale, quelle qu'en ait été la thérapeutique plus ou moins efficace, il faut admettre que l'articulation n'est vraiment guérie que lorsqu'elle est revenue à sa température normale. Par comparaison l'articulation opposée est le témoin utile.

Ce signe, si banal qu'il puisse paraître, peut rendre de grands services lorsqu'il s'agit de décider, après examen d'un genou pathologique, s'il est vraiment guéri, alors que tout le fait paraître normal. Il ne faut point permettre la mobilisation active tant que subsiste cette chaleur et il faut surveiller si la reprise du mouvement la réveille.

On peut, croyons-nous, considérer ce signe comme un véritable test clinique que souvent on est heureux de pouvoir estimer à sa juste valeur.

Jusqu'à présent, pourrait-on dire, aucun caractère évident, ni aucune raison valable ne permettent de ranger cette atteinte articulaire tuberculeuse floride dans un cadre particulier. Tout se résume à une hydarthrose très atténuée, associée à un épaissement synovial et à des signes légers de souffrance de l'articulation évoluant sur le terrain spécial de l'obésité floride.

Il n'y a pas là matière à accorder une véritable autonomie à un tel tableau. Ce peut être, objectera-t-on, tout simplement une des étapes banales de la tuberculose du genou chez l'adulte. Une tuberculose quelconque peut commencer ainsi et il faut en convenir commence souvent d'une façon analogue. Rien jusqu'à présent ne permet une distinction suffisante. Or, comme nous l'allons voir, c'est dans sa façon de se comporter par la suite, que vont naître les caractéristiques qui donnent à cette forme de tuberculose son individualité. L'évolution, en effet, est longue, désespérément persistante. Elle résiste aux thérapeutiques usuelles. C'est cette chronicité spéciale qui crée ce type si particulier, rebelle aux évolutions classiques attendues.

Si un repos de quelques jours entraîne la disparition rapide du léger épanchement articulaire, il n'en persiste pas moins un genou épaissi et une fatigabilité douloureuse facile de l'articulation. Devant la modestie des signes cliniques et l'état général florissant, on est tenté de considérer la marche de la maladie

comme étant en bonne voie et le pronostic escompté comme devant être favorable.

Or, malgré les soins les plus minutieux, indifférente aux diverses thérapeutiques conservatrices, sous le couvert d'une apparence trompeuse de par son faux aspect de bénignité locale et générale, cette tuberculose floride de l'articulation du genou maintient ses caractères et ses lésions estompées.

Elle n'aboutit point à l'ankylose cherchée qui reste, malgré tout, l'évolution fréquente des tuberculoses légères bien traitées. On semblait autorisé à la prévoir dans des délais relativement courts. Elle est, pour ainsi dire, impossible à obtenir.

Elle n'évolue point non plus vers une aggravation progressive, témoin de la marche évolutive des lésions, ce qui devrait la conduire logiquement vers la forme fongueuse, vers la tumeur blanche classique.

Ici il n'en est point ainsi. Pendant longtemps, très longtemps, des mois, des années, cette tuberculose ne guérira ni ne s'aggraverà. C'est donc bien dans cette évolution que nous devons chercher des nouveaux et des véritables caractères distinctifs.

Dans les grandes lignes, cliniquement, les événements peuvent se présenter selon les modes suivants :

a) Certains malades sont autorisés, de par leurs

conditions sociales, à une vie au ralenti, permettant un repos relatif, quelquefois même des périodes de repos complet. Chez eux, cette diminution d'activité physique, entrecoupée de phases de reprises de la marche, permet à leur mal de rester stationnaire durant des mois, des années mêmes. Leur maladie s'aggrave peu et cependant elle ne rétrocede jamais complètement. De petits signes persistent par phases, plus ou moins accusés. La flexion reste limitée très légèrement. Il subsiste une gêne douloureuse dans l'exagération des mouvements et de la marche. Les malades, souvent très gênés, vivent sans attacher d'attention particulière à ce rhumatisme douloureux, qui est tout le contraire cependant d'un rhumatisme ankylosant, car c'est avant tout, si tant est que l'on veuille utiliser ce terme, un rhumatisme qui ne veut pas s'ankyloser.

Ce n'est point impunément cependant que succède à des périodes de bien-être relatif ces poussées subaiguës successives. Un examen attentif révèle bientôt un léger degré de laxité articulaire latérale et une dislocation progressive partielle atténuée. Cette fragilité toute spéciale de l'articulation, véritable lieu de moindre résistance, fait que ces malades sont sujets à des traumatismes fréquents auxquels, par un raisonnement simpliste habituel, ils attribuent leur mal, alors qu'il n'en est que la conséquence.

Ce sont des genoux qui, à l'occasion d'un effort insignifiant, se *dérobent* et donnent alors le tableau des petites entorses à répétition. Ils rappellent par

certains côtés les accidents qui accompagnent les lésions des ménisques, si ce n'était la lenteur de leur constitution, le passé que l'interrogatoire révèle suspect de tuberculose et surtout l'aspect différent de ce genou, injecté parfois dans ses synoviales comme d'un véritable « suiforme ». La répétition de ces accidents peut se limiter ainsi longtemps, mais c'est par leur chemin, on le conçoit aisément, que peuvent un jour éclater des accidents plus aigus sur lesquels nous aurons à revenir.

Le tableau précédent s'inscrit aux cas non traités ou tout au moins non diagnostiqués dans leur étiologie exacte. Le repos relatif, l'immobilisation passagère autorisent une reprise de la marche et une continuation prolongée de cette évolution lente et somme toute très discrète.

Il n'en va pas ainsi en général.

b) Le plus souvent, dès les premières atteintes, la marche devient rapidement impossible. Les malades viennent à nous et devant un diagnostic de tuberculose articulaire bien établi une thérapeutique locale et générale est prescrite. Le genou et le malade sont immobilisés. L'héliothérapie locale et générale mise systématiquement et largement en œuvre. On a pu y joindre une ponction qui est restée blanche ; on a ramené du liquide hydarthrosique gommeux, clair, en petite quantité. D'autres fois des pointes de feu superficielles ou intradermiques, des injections sclérosantes se sont ajoutées.

Et, sous une gouttière plâtrée, largement échancrée au soleil, on escompte une guérison que rien à la vérité ne défend d'escompter.

Il s'agit d'adultes. On attend une *ankylose*, qui est l'évolution favorable de la tuberculose articulaire guérissant sans intervention.

Cette thérapeutique logique, obligatoire même, reste cependant vaine.

Et si tous les trois ou quatre mois on revoit ces malades pour leur changer leur plâtre et constater une amélioration, on reste surpris de la relativité des progrès acquis.

Il n'y a, en particulier, *aucune tendance vers l'ankylose*. Dès qu'a disparu toute contracture de défense on est étonné de constater des mouvements, toujours de même amplitude, faciles, dépassant souvent l'angle droit.

Si la palpation s'arrête aux parties molles, elle montre un genou resté globuleux, uniformément pâteux, pseudo-fluctuant, sans choc rotulier net. Le ressaut synovial est manifeste. L'exploration du creux poplité décèle la persistance de la distension globale du losange et l'effacement dans son empâtement des saillies tendineuses.

D'autrefois, le genou antérieur est redevenu normal

sous l'immobilisation plâtrée. En avant tout va bien et le mal a passé en arrière. Seul subsiste l'empatement de la région poplitée.

Si l'examen est poussé plus loin et s'il cherche à explorer le squelette soit par la palpation, soit par des examens radiographiques, il trouve en quelque sorte de nouvelles preuves à la localisation purement synoviale de cette forme de tuberculose.

L'exploration clinique, en effet, ne montre pas de points osseux très nets à sensibilité exquise indiquant l'évolution d'un point d'ostéite d'un tubercule osseux. Sans doute peut-on éveiller une douleur au niveau des attaches ligamenteuses, les latérales en particulier ; sans doute la pression large du doigt est-elle douloureuse, mais la douleur n'est point limitée. Il n'y a pas de points osseux vrais. Cette palpation donne la fausse impression d'un épaissement transversal du tibia, du fémur et de la rotule, mais cet épaissement est essentiellement dû à des réactions de scléro-lipomatose synoviale et péri-synoviale.

Les clichés radiographiques vont en apporter une nouvelle preuve.

Les radiographies restent en grande partie négatives. C'est dire qu'elles ne révèlent ni destruction cartilagineuses, ni modification de l'interligne articulaire, ni point d'ostéite lacunaire aux points habituels et en particulier au niveau de la partie interne du plateau

tibial. Mais si ces clichés sont parfaitement négatifs du point de vue d'une lésion locale, ce qui en soi constitue déjà un argument précieux, ils ne restent point absolument silencieux. Il est presque de règle d'y voir avec une intensité souvent extrême des lésions d'*ostéoporose diffuse* et une décalcification s'étendant vers les diaphyses. Cette clarté transparente du squelette s'oppose à celle de l'articulation opposée radiographiée pour comparaison.

Ces lésions décalcifiantes sont précises, disproportionnées, même avec l'âge clinique de la lésion.

Nous ne nous méprenons point cependant sur la valeur de ces données radiographiques. L'aspect transparent des épiphyses peut être en partie le fait de l'immobilisation plâtrée qui favorise une décalcification souvent très prononcée. Il en faut tenir compte.

De plus, et nous ne saurions trop y insister, nous savons pour en avoir vécu de nombreux exemples que l'image radiographique est énormément trompeuse. Elle ne montre souvent que fort peu de chose, parfois même on ne voit rien d'anormal et l'intervention découvre cependant des lésions avancées. Le Professeur Tixier nous a présenté des radiographies qui paraissaient normales et à l'intervention l'extension des lésions destructives osseuses (carie, caverne) était telle qu'il a été conduit à une amputation.

Sans aller jusqu'à ces extrêmes, qui touchent véri-

tablement au paradoxe, il faut retenir que les images radiographiques sont causes d'erreurs dans leur interprétation. C'est du reste un fait connu. L'idée générale veut que la radiographie montre moins qu'il n'y a en réalité. C'est une surprise désagréable qui est réservée à l'intervention, qui fonde par trop son indication sur les seuls clichés. L'examen clinique minutieux a, dans ce sens, une bien plus grande valeur.

Il n'en reste pas moins que la radiographie dans la tuberculose floride du genou souligne la netteté absolue des contours squelettiques, l'absence de lésions cartilagineuses, le peu de modification de l'espace articulaire et dégage constamment un signe positif dans la décalcification diffuse des épiphyses.

En somme, l'examen clinique poussé et l'examen radioscopique viennent plaider en faveur d'une forme purement synoviale. C'est du reste la réalité. Nous en aurons la preuve au chapitre thérapeutique lorsque s'ouvrira devant nos yeux l'articulation malade.

Ainsi en va-t-il cliniquement et l'on persiste dans une thérapeutique expectante d'autant plus logique qu'en somme les lésions paraissent atténuées, mais les successifs séjours héliothérapiques sous immobilisation restent remarquablement et désespérément inefficaces. Le malade se maintient perpétuellement à la limite d'une guérison toujours espérée et jamais obtenue. L'état général reste florissant. Sous l'effet même de l'immobilisation, de la suralimentation, les

malades engraisent, ne souffrent plus, mais ne guérissent pas. C'est devant cette persistance. devant le temps perdu, devant l'inutilité presque, pourrait-on dire, de la thérapeutique, et malgré tout, nous allons voir comment, devant les dangers qu'elle fait courir que M. le Professeur Tixier propose dans la résection relativement précoce un traitement actif et efficace.

c) Nous venons de voir les deux manières habituelles de se comporter de la tuberculose floride du genou. D'une part, une évolution parfaitement torpide compatible avec une vie amoindrie, arrêtée de temps à autre par des poussées douloureuses passagères. D'autre part, une évolution plus aiguë, bien traitée, mais rebelle aux thérapeutiques dites conservatrices, plus exactement aux traitements non sanglants. Dans les deux cas, les années ne suffisent pas à consolider ces lésions purement synoviales, et ce sont des années précieuses entre toutes, si l'on songe que l'on a affaire la plupart du temps à des adultes jeunes.

A-t-on vraiment le droit de se montrer aussi catégorique dans ses dires ?

Ne peut-on point, par exemple, entrevoir que de longues années arriveront à solidifier suffisamment les lésions pour autoriser en fin de compte un genou utile, soit mobile partiellement, soit même ankylosé ?

Peut-être aussi des thérapeutiques autrefois usitées,

actuellement oubliées, telles que des pointes de feu au fer rouge, très profondes, tranfixantes, intra-articulaires, amèneront-elles ou ont-elles amené dans ces masses synoviales et pèrisynoviales des scléroses suffisantes pour aboutir à des guérisons pratiquement suffisantes ? Mais oserait-on aujourd'hui se comporter ainsi ?

Si tout cela était démontré, on serait alors autorisé à considérer la perte de temps, l'infirmité prolongée, les crises douloureuses comme susceptibles d'être supportées, et malgré leurs inconvénients, devrait-on exhorter les malades à la patience, puisqu'elle pourrait aboutir, sous le couvert d'un traitement conservateur, à une guérison honorable.

Il n'est malheureusement même pas permis de raisonner ainsi.

Ces éventualités, si toutefois elles sont prouvées, restent l'infime exception. Par contre, la tuberculose floride du genou fait courir à celui qui la porte des risques sérieux. Ceux-ci sont de divers ordres. Il les faut considérer d'abord du point de vue orthopédique, puis du point de vue général et local.

Si vraiment la tuberculose évolue très lentement, sous l'influence de traumatismes insignifiants mais répétés, le genou peu à peu perd sa résistance et se disloque. On assiste alors à des déformations progressives. L'articulation se met en flexion et le plateau

tibial se luxe en tournant en dehors. Si les lésions en tant que tuberculeuses paraissent éteintes, il n'en reste pas moins une mécanique articulaire déficiente, telle souvent qu'elle conduit les malades à venir demander un traitement orthopédique actif. Et encore faut-il avouer que cette dislocation et ses déformations, banales reliquat tardif d'une longue évolution, restent l'exception.

Le plus souvent des accidents bien plus graves surviennent.

Localement en effet, à la faveur d'une entorse par exemple, soit précocement, soit tardivement, tout change et la forme torpide se transforme. Elle devient aiguë, rapide et grave.

Comme une tuberculose plmonaire ou génitale floride, la tuberculose analogue au genou a pu tromper. Elle reste néanmoins le reflet d'une atteinte tuberculeuse en puissance qui, à l'occasion, peut se réveiller, avec le cortège de ses complications locales et générales aiguës si graves.

A la faveur d'un traumatisme léger, avons-nous dit, le tableau change. Le genou prend un aspect inflammatoire. Il devient énorme, tendu, chaud, douloureux atrocement, et il s'immobilise. La forme aiguë fongueuse alors éclate et évolue rapidement avec ses douleurs, ses abcès, ses fistulisations et leurs conséquences.

Dans cette synoviale touchée par le bacille de Koch qui jusqu'alors défendait cette atteinte, l'incendie qui couvait éclate.

L'accident aigu peut se limiter à une poussée congestive seule. La synoviale épaissie, rouge, violacée, se montre couverte de granulations, en grains de mil, et de tubercules. Elle peut même s'abcéder soit dans sa totalité, soit en forme d'un abcès cloisonné indépendant de la grande cavité articulaire.

La comparaison est trop évidente avec la péritonite tuberculeuse pour qu'elle ne soit pas empruntée.

L'observation VIII en est un superbe exemple. Nous en reproduisons la photographie en couleurs après intervention. Dans ce cas, sur une forme floride traînante éclate un accident aigu et la synoviale est en pleine poussée de synovite aiguë, de « synovite rouge ». On distingue à son niveau de petites granulations miliaires caractéristiques. Dans cette observation, un abcès cloisonné indépendant de la cavité articulaire a évolué du côté antéro-externe sous forme d'une tuméfaction sous-cutanée fluctuante. On ne le voit pas reproduit sur l'image, car le pus qu'il contenait a été évacué avant l'opération par une ponction et on y a trouvé du bacille de Koch. Les cartilages, tachés de sang sur l'image, sont cependant parfaitement normaux, sans lésion aucune. La section osseuse de la résection n'a découvert aucune lésion squelettique. Elle a permis cependant de conduire à bien

une intervention qui, à la faveur même de cette résection très limitée, a permis une synovectomie complète idéale et une guérison absolue.

Il faut concéder à ces poussées aiguës la possibilité de rétrocéder sous l'effet d'une immobilisation plâtrée, mais aussi bien souvent restent-elles complètement indifférentes à cette thérapeutique et l'état local et général s'altère. On assiste alors à l'évolution d'une arthrite fongueuse qui distend l'articulation, l'abcède, touche cartilage et squelette, se fistulise et arrive rapidement à l'image d'une tumeur blanche avancée de l'articulation du genou.

A l'occasion de cette évolution locale si vite aggravée, se modifie aussi l'état général, et ces sujets florides voient alors décliner rapidement leur état d'embonpoint. La température s'élève. A la fistulisation s'ajoutent les infections secondaires aggravantes. Un état de cachexie progressive s'installe.

Une thérapeutique active s'impose-t-elle alors ? Suffira-t-elle même et ne devra-t-elle pas quelquefois être plus radicale même qu'on ne le voudrait pour n'avoir pas osé l'être assez à un moment plus propice ? La résection est de mise. L'amputation entre même parfois en discussion.

On se doit d'ajouter encore, dans les dangers de l'évolution trop longtemps observée dans la relative inaction, la possibilité de voir survenir des localisa-

tions tuberculeuses diverses qui viennent aggraver, soit par une atteinte pulmonaire, soit par une généralisation à d'autres articulations, un état général de plus en plus précaire.

On a un peu l'impression que tout s'écroule de la florissante résistance à l'infection bacillaire jusque-là atténuée, et tout se précipite.

Et si nous insistons pareillement sur les divers modes évolutifs de la tuberculose floride de l'articulation du genou et plus particulièrement sur les dangereuses possibilités de sa précipitation, c'est que ce sont là données qui vont peser lourdement sur toutes nos discussions thérapeutiques.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Professeur Tixier)

Arthrite tuberculeuse à forme synoviale hypertrophique chez une femme à tuberculose voilée. Poussée aiguë tardive de synovite fongueuse. Résection. Résultat excellent.

Mme H..., épouse D..., 34 ans.

Il y a onze ans la malade a présenté une hydarthrose du genou droit ayant nécessité une ponction. Par intermittences, crises de douleurs rhumatismales. Il s'agit très probablement d'un rhumatisme tuberculeux.

Il y a trois ans, réveil de l'atteinte articulaire, à l'occasion d'un accouchement. Le genou était volumineux, arrondi, douloureux, mais des périodes de repos accompagnées de révulsions légères ont permis à la malade de continuer à vaquer aux soins du ménage. Elle était arrêtée de temps à autre, mais n'a pas jugé nécessaire de venir demander un traitement plus actif. Depuis 15 mois cependant, localement les symptômes se sont aggravés. Son genou est devenu plus douloureux et moins sûr.

A l'entrée, le 31 mars 1919, le genou droit est globuleux. Les culs-de-sac périrotuliens et le cul-de-sac sous quadricipital sont empâtés. Douleurs au niveau des interlignes articulaires, et à la pression du plateau tibial et des condyles fémoraux.

Abcès le long du tibia à la face interne. Pas de ganglions dans l'aîne.

Etat général très bon.

Il s'agit d'une arthrite tuberculeuse à forme synoviale hypertrophique chez une femme à tuberculose voilée. Arthrite douloureuse, mais permettant encore des mouvements très étendus de la jointure. Donc aucune tendance à une évolution ankylosante.

Radiographie : A noter que la radiographie décèle ici des lésions cartilagineuses et osseuses superficielles. Cela correspond bien à la notion des douleurs provoquées au niveau de l'interligne articulaire, des condyles fémoraux et du plateau tibial. On retrouve en effet sur les clichés radiographiques des lésions superficielles particulièrement marquées au niveau des faces des condyles, au niveau de la partie interne du plateau tibial et à la pointe de la rotule.

Cette arthrite ne peut guérir que par une résection sous-capsulo-périostique. Celle-ci est pratiquée le 9 avril 1919.

Résection typique d'Ollier :

1° Incision en H. — 2° Ablation sous-périostique de la rotule. — 3° Dénudation sous-périostique des condyles fémoraux et section intra-condylienne du fémur. Sur la coupe, zone de carie jaune grasseuse et zone de carie rouge. — 4° Dénudation du tibia. Section de l'os, zone de carie grasseuse au milieu. Pas de tubercule. — 5° Ouverture d'un abcès derrière le plateau tibial en dedans. On place un drain à la face postérieure du creux poplité. — 6° Toilette aux ciseaux courbes des fongosités intra-articulaires. — 7° Cautérisation au fer rouge. — 8° Drainage à l'ordinaire. Suture aux fils métalliques et fixation aux tubes de Galli.

Immobilisation plâtrée.

Premier pansement au 42^e jour.

Suites très simples. Résultats excellents.

Il s'agit là en somme d'une forme synoviale hypertrophique ayant débuté onze ans auparavant et ayant autorisé sans traitement systématiquement conduit une continuation presque normale de la vie.

A l'occasion d'un accouchement d'abord, et des manques de soins sérieux, une poussée aiguë a fait de cette synovite chronique une synovite fongueuse avec abcès. La résection a été pratiquée au moment où cette tuberculose articulaire

prenait les caractères d'une tumeur blanche classique, d'une ostéo-arthrite tuberculeuse. C'est là la preuve qu'il y a intérêt à ne pas persister dans la recherche de la guérison des formes synoviales par un traitement purement conservateur, étant donné la possibilité d'une transformation fongueuse et d'une atteinte tardive des cartilages et des surfaces osseuses.

OBSERVATION II (Professeur Tixier)

Tuberculose du genou à forme synoviale avec état général parfait (tuberculose floride). Traitement conservateur inefficace. Résection. Excellent résultat.

Mlle Ch. M..., 16 ans.

A. H. : Père et mère vivants et bien portants. Un frère de 10 ans bien portant, une sœur morte à 19 ans de la grippe.

A. P. : Toujours une excellente santé. Enfance normale. Pas de ganglions cervicaux, pas de suppuration des oreilles, pas de rachitisme. Aucune maladie dans les anamnestiques. Réglée à 13 ans.

C'est à cet âge là que commence l'histoire du genou. Sans traumatisme la malade remarqua que son genou avait enflé. Il n'était pas rouge, pas douloureux. La marche seule était un peu pénible. Un médecin consulté ordonna des topiques. Un autre praticien fit des pointes de feu et plaça la malade en plâtre pour deux mois. Le genou était toujours gros. Nouveau plâtre durant un mois. Après son ablation les symptômes étant les mêmes la malade cesse tout traitement et se soigne par la marche « et en travaillant, dit-elle, autant qu'elle peut ».

Le genou a gardé ses mouvements, mais il n'a pas désenflé et comme il devient douloureux de plus en plus, elle entre à l'Hôtel-Dieu en avril 1919.

Il y donc en somme déjà deux ans qu'elle est malade. On note à ce moment-là : « Liquide dans l'articulation. Epais-

sissement de la synoviale, distension des culs-de-sac, interligne articulaire douloureux. On ne décèle pas de point osseux sensible. Flexion persistant à 90. Atrophie musculaire à peine marquée. Très bon état général ».

On fait à nouveau des pointes de feu et on immobilise pour trois mois. Elle revient en juillet. L'état est stationnaire. On place un nouveau plâtre.

La malade a suivi un traitement rigoureux. L'héliothérapie a été sérieusement mise en œuvre (2 fois par jour pendant une heure et demi à chaque séance).

La malade entre de nouveau à Sainte-Anne le 27 octobre 1919.

C'est une forte fille, très développée physiquement pour son âge. Teint coloré. Embonpoint remarquable. Excellent état général.

Localement genou droit très pigmenté à cause de l'inso-lation. Articulation globuleuse avec effacement des méplats. Mouvements limités. Pas de liquide. Pas de point osseux net. Atrophie musculaire assez marquée (7 cm. sur la cuisse, 3 cm. sur la jambe). Pas de ganglions inguinaux.

Radiographie décelant seulement une ostéoporose, diffuse, sans lésions osseuses apparentes.

Ce qui frappe, avant tout, c'est l'aspect florissant de la malade avec cette localisation unique de la bacillose. On ne note absolument rien aux poumons, ni aux autres appareils. La malade a engraisé ces dix derniers mois de 18 kilos. Jamais de température.

Intervention 5 novembre 1919 : A. G. Résection du genou droit. Incision en H. Excision aux ciseaux d'une masse lipomateuse, scléreuse, peu fongueuse qui remplit et blinde le cul-de-sac sous-tricipital. La section osseuse montre au niveau du fémur surtout une zone de carie jaune du condyle interne.

Suture aux fils métalliques et tubes de Galli. Drainage postérieur. Plâtre.

En résumé lésions synoviales, avec dépoli du cartilage diarthroïdal sur le tibia et décollement du cartilage du condyle interne.

Premier pansement en décembre.

5 janvier 1920 : 2^e pansement ; genou absolument sec, solide, rigide. Ablation des fils. Plâtre.

9 juin 1920 : Etat parfait. Ankylose solide.

OBSERVATION III (Professeur Tixier)

Tuberculose synoviale du genou à type floride. Traitement conservateur poursuivi deux ans sans résultat. Résection. Guérison. Résultat excellent.

Mlle Denise P..., 25 ans.

La malade entre dans le service le 2 novembre 1920 pour une arthrite du genou gauche.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires. Personnellement bonne santé habituelle. Ophtalmie à la naissance sans séquelles. Pas d'adénopathie, ni d'otorrhée de l'enfance.

Il y a deux ans et demi environ, elle a présenté dans le cou de pied droit sans gonflement ni rougeur, des douleurs apparaissant après la marche et s'accusant par la fatigue. Ces douleurs rétrocedèrent sans aucun traitement si bien que six mois après le pied était indolore. Mais vers cette époque, la malade brusquement souffre de son genou gauche. Un matin en se levant elle s'aperçoit d'un gonflement douloureux dans le genou sans que rien dans les jours précédents, ait attiré son attention de ce côté.

Elle est alors traitée par des pointes de feu et un repos relatif.

Elle voit le Professeur Tixier en décembre 1919. Il l'immobilise dans un plâtre pour trois mois et doit la revoir. Le terme venu, le plâtre est enlevé, mais la malade n'est plus revue jusqu'à son entrée dans le service le 2 novembre 1920.

A ce moment la malade, qui depuis un mois avait repris son travail, est obligée de s'arrêter parce qu'elle souffre. Elle était durant l'année restée immobile trois mois en plâtre et

le reste du temps s'était soignée par le repos relatif, les révulsions iodées et des pointes de feu.

Un mois de travail avait suffi à réveiller les douleurs et à décider son hospitalisation.

A l'entrée elle présente un excellent état général, très florissant. L'examen viscéral est absolument négatif. Rien aux poumons. Urines normales sans albumine. Au coup de pied droit il ne subsiste rien de l'épisode douloureux ancien.

Au genou gauche, les méplats articulaires sont effacés. L'articulation apparaît globuleuse avec une hydarthrose légère, mais surtout un épaissement considérable de la synoviale donnant l'impression d'un genou fongueux. Le fût tibial semble très épaissi à sa partie supérieure. La température locale est nettement plus élevée que du côté opposé. Les mouvements sont peu limités. La flexion dépasse l'angle droit, l'extension est complète. Pas de mouvements de latéralité. Pas de ganglions dans le creux poplité. Quelques petits ganglions inguinaux.

L'aspect général du membre inférieur est modifié. La cuisse paraît aplatie, et les reliefs musculaires normaux sont atténués. La mensuration ne montre cependant qu'un centimètre de différence avec la cuisse opposée.

Le 9 novembre 1919 : sous anesthésie au chlorure d'éthyle, pointes de feu et grande gouttière plâtrée.

La malade part à la campagne. Elle revient se montrer tous les trois mois. Mais devant la persistance, et l'immobilité des lésions, elle rentre dans le service le 17 novembre 1921, et le Professeur Tixier dicte alors la note suivante : « Malgré les pointes de feu, malgré l'immobilisation en plâtre pendant un an, malgré l'héliothérapie, malgré ces trois facteurs de guérison, la malade revient avec de la douleur sur les épiphyses fémorales et tibiales, sans aucune tendance à l'ankylose. Aussi, étant donné son âge, 25 ans, et sa situation sociale, il est obligatoire d'intervenir ».

Les divers examens radiographiques sont négatifs. A noter seulement une décalcification diffuse des épiphyses qui est allée en augmentant progressivement. Actuellement, elle a atteint une intensité considérable, si bien que les clichés

montrent une transparence extrême du squelette et une disparition complète des travées osseuses. Tout est gris, pâle et diffus.

Le 17 novembre 1919 : Intervention. Résection typique par le procédé d'Ollier, avec suture aux fils métalliques en fixation aux tubes de Galli.

On a trouvé des lésions sous forme d'épaississement fongueux généralisé à toute la synoviale. A noter quelques lésions ulcératives superficielles du cartilage au niveau du condyle interne et du plateau tibial.

La section osseuse montre un os gras, jaune, huileux, friable, sans tubercules, sans cavernes, sans lésions spécifiques caractéristiques.

Premier pansement le 5 janvier 1922. Le 14 février, genou sec, paraissant solide. On enlève les fils métalliques en mars. Silicate conservé jusqu'en juillet. A ce moment, la marche est facile et indolore, et l'état général excellent.

OBSERVATION IV (Professeur Tixier)

Tuberculose du genou à forme synoviale floride traitée 16 mois sans résultat. Résection du genou en avril 1922. Guérison. Résultat excellent.

Mme D..., 45 ans.

Entre à l'hôpital le 19 mars 1921, parce qu'elle souffre de son genou droit qui se fléchit progressivement.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires. Une inoculation bacillaire peut être expliquée par son mariage tardif (34 ans) à un homme ayant une fille de 20 ans qui est tuberculeuse.

Elle-même a toujours eu une excellente santé. L'affection actuelle remonte à 4 mois. Progressivement le genou a augmenté de volume, est devenu douloureux et s'est mis en flexion.

A l'entrée dans le service, état général florissant. Localement, le genou présente les signes d'une atteinte articulaire tuberculeuse débutante. Attitude en flexion légère, augmentation de la chaleur locale, empâtement diffus de la synoviale, léger épanchement intra-articulaire, point douloureux au niveau du condyle interne. Cet état s'accompagne d'une grosse atrophie musculaire et d'une adénopathie inguinale.

Examen général : négatif.

La radiographie est pour ainsi dire négative. Elle ne révèle aucune lésion osseuse. On pourrait discuter une décalcification légère et un élargissement peu marqué de l'interligne articulaire.

25 mars 1921 : Immobilisation plâtrée. Hélio-thérapie.

21 septembre 1921 : Très grosse amélioration locale. Genou très sec. Etat général excellent. On continue l'immobilisation plâtrée.

14 décembre 1921 : Le genou a beaucoup diminué de volume, son empâtement fongueux a totalement disparu, mais il n'y a pas d'ankylose et les moindres mouvements déterminent la douleur. Or l'immobilisation plâtrée et l'hélio-thérapie viennent d'être prolongées durant neuf mois. Sous anesthésie au chlorure d'éthyle, pointes de feu intradermiques et nouvelle immobilisation plâtrée.

2 avril 1922 : Devant ce genou sec, mais qui refuse de s'ankyloser, on se décide à pratiquer une résection. pour gagner du temps et avoir une guérison définitive.

5 avril 1922 : Intervention. Résection typique du genou avec suture par deux tubes de Galli.

A la coupe osseuse : carie jaune d'Ollier. Pas de lésions d'ostéite. Pas de caverne. Pas de tubercule. En somme aucune lésion osseuse, ni fémorale, ni tibiale.

Les culs-de-sac synoviaux sont comblés par un tissu lardacé sans tubercules, sans fongosités. Il s'agit bien d'une forme synoviale.

Suites et consolidation sans incident dans les délais normaux.

OBSERVATION V (Professeur Tixier)

Tuberculose synoviale du genou à type floride traitée 29 mois sans résultat. Résection en juillet 1923. Guérison. Résultat excellent.

Mlle T..., 34 ans.

Entre dans le service pour une arthrite du genou gauche.

Son père est mort de tuberculose pulmonaire à 39 ans.

Une sœur scoliotique.

Elle-même signale une broncho-pneumonie à l'âge de 7 ans. Depuis cette époque, elle a toujours été de santé délicate.

Son attention a été attirée sur son genou à l'occasion d'un léger traumatisme, chute dans les escaliers, il y a 29 mois. Depuis ce moment, elle a continuellement souffert. Elle a été traitée de diverses manières, mais elle a en particulier subi une immobilisation plâtrée de 13 mois, insuffisante à la soulager.

Le 28 juin 1923, date de son hospitalisation, on est frappé par l'embonpoint de la malade. Son état général est florissant. Elle a même engraisé ces derniers temps.

Le genou gauche est augmenté de volume et le galbe articulaire nettement estompé. Les creux sont comblés. Épaississement synovial. Peu d'épanchement intra-articulaire. On réveille une douleur à la pression au niveau de la face antéro-interne du genou. Sur la région prérotulienne, nombreuses cicatrices de pointes de feu. Sur la face postérieure, empâtement du creux poplité.

Il n'y a pas d'ankylose, mais les mouvements de l'articulation sont limités et douloureux.

Les clichés radiographiques sont négatifs. Ils révèlent

seulement une décalcification diffuse des extrémités osseuses en présence.

Le 11 juillet 1923 : Intervention. Résection du genou. Synoviale épaissie, sans fongosités, sans tubercules.

On est surtout frappé de l'extrême friabilité de l'os. La ruginne pénètre dans l'os quand on veut cliver le périoste. On libère le fémur dont le cartilage articulaire n'est le siège d'aucune lésion, mais il se décolle au doigt de l'os sous-jacent comme la coquille d'un œuf. Par de tubercule à la section fémorale, mais moëlle diffuse avec foyers de dégénérescence graisseuse mal vascularisée.

Les lésions du tibia sont absolument semblables. Sutures aux fils métalliques et tubes de Galli.

Cette fixation métallique tient mal, tant l'os est friable. Plâtre.

Suites normales et simples.

OBSERVATION VI (Professeur Tixier)

Tuberculose du genou à forme synovite proliférante exubérante. Première atteinte en 1913. Résection. Résultat excellent.

Mlle Antonia D..., 25 ans.

Mademoiselle D... entre dans le service pour une affection du genou non diagnostiquée.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et collatéraux.

Personnellement, bon état de santé habituelle, ni adénite, ni pleurésie, ni otorrhée. Jamais de bronchite. Elle souffre de son genou depuis 1913, à la suite, semble-t-il, d'une chute de bicyclette.

De septembre 1913 à février 1914, elle continue à souffrir, et comme son genou augmentait de volume et s'enraidissait, elle voit un médecin qui l'immobilise dans un plâtre durant 6 mois et conseille l'héliothérapie.

De septembre 1914 à mars 1923, la guérison semble complète et la malade va bien. Mais à ce moment, à l'occasion d'un traumatisme léger de ce même genou droit, s'installe progressivement une douleur continue accompagnée d'une impotence fonctionnelle de plus en plus marquée. Le 15 octobre, elle doit s'aliter et on applique un nouveau plâtre remontant jusqu'à la racine de la cuisse.

Enfin, le 17 janvier, inquiète de son état, ne voyant aucune amélioration, elle entre dans le service du Professeur Tixier.

A l'entrée : Malade grasse, paraissant en excellent état général. Le genou droit est considérablement augmenté de volume et arrondi.

A la palpation, il n'est pas douloureux, mais considérablement empâté. C'est un empâtement diffus au milieu duquel la rotule est peu mobile. Pas d'hydarthrose. Si l'on repousse violemment le plateau tibial contre le fémur, on provoque une légère douleur à la partie interne et supérieure du tibia, au niveau de la tubérosité interne.

Atrophie musculaire relativement peu marquée. Elle ne dépasse pas 2 cm. Examen général négatif.

Devant cette forme torpide, sérieusement immobilisée et traitée sans résultat, on décide une résection immédiate.

Intervention le 30 janvier 1924. — Résection typique du genou par le procédé d'Ollier. Sutures aux fils métalliques fixés par des tubes de Galli.

Au point de vue anatomique, il s'agit d'une synovite proliférante fongueuse exhubérante. Forme essentiellement synoviale avec cependant un début d'atteinte des cartilages.

Sur le condyle externe, le cartilage présente des reflets porcelainiques et tristes. A ce niveau, il existe même une ulcération superficielle typique du cartilage diarthroïdal. Celui-ci est mou et se détache facilement. Au niveau du plateau tibial, les lésions sont identiques. A la coupe, les os ne montrent aucun tubercule sous-cartilagineux ou osseux.

La synoviale est épaissie et bourgeonnante.

Premier pansement le 21 mars, c'est-à-dire le cinquante et unième jour. Résultat parfait. Aucune suppuration. On enlève les drains. Nouveau plâtre.

Deuxième pansement le 30 octobre 1924.

Le 17 mai, la malade part à la campagne avec un nouvel appareil plâtré.

Le 28 juin 1924, la malade revient complètement guérie. Le genou est sec et froid. Aucun signe d'inflammation, ni postérieur, ni antérieur. La malade va pouvoir être autorisée à faire ses premiers pas.

OBSERVATION VII (Professeur Tixier)

Tuberculose synoviale du genou à forme floride. Début en octobre 1924. Traitée 6 mois sans résultat. Suicide en décembre 1925.

Mme Isabelle S..., 29 ans.

La malade entre dans le service parce qu'elle souffre du genou droit.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et collatéraux.

Elle-même a toujours présenté une bonne santé. Rougeole dans l'enfance. Oreillons à 10 ans. A eu un enfant à l'âge de 20 ans. Jamais de fausse couche.

De 20 à 22 ans, elle a présenté un syndrome abdominal douloureux avec des troubles digestifs et une perte de forces notable. On a songé à une poussée de péritonite tuberculeuse. A 24 ans, appendicectomie à froid.

La maladie actuelle a débuté en octobre 1924. En se mettant à genou, la malade éprouve une vive douleur et perçoit un craquement dans le genou droit. Le lendemain, l'articulation est douloureuse et gonflée. Durant 8 jours, la flexion est très difficile, mais la malade exerce la profession d'infirmière et malgré une certaine raideur articulaire, mal-

gré un gonflement de l'articulation, la douleur est supportable et la malade continue son travail.

En janvier 1925, malgré un état général très floride, elle se sent lasse au moindre effort. Elle prend sa température et note parfois le soir 38° à 38°2.

C'est pour des troubles généraux qu'elle entre à l'hôpital. C'est à peine si elle attire elle-même l'attention sur son genou. Du reste, elle a été envoyée dans un service de médecine, et M. le Professeur Cade, à l'occasion d'un examen général négatif, découvre l'atteinte articulaire et l'adresse à la clinique chirurgicale.

A l'entrée le 10 août 1925, : l'état général est très satisfaisant. La température à 37°. Le genou droit est tuméfié et épaissi. Sa mensuration donne une augmentation de volume de 4 cm. par rapport au genou gauche. La palpation ne découvre aucun point douloureux : on perçoit des craquements articulaires à l'occasion des mouvements du genou. La flexion est limitée, mais dépasse cependant l'angle droit. L'atrophie de la cuisse est de 2 cm. On note quelques petits ganglions inguinaux.

Les clichés radiographiques sont absolument négatifs. Ils ne décèlent aucun point osseux suspect. A l'habitude aspect de décalcification légère diffuse.

Le 20 août, on immobilise en gouttière plâtrée et la malade part à la campagne.

Après trois mois d'immobilisation, la malade revient dans le service. L'état général est très bon. La température est à 37°5.

L'examen pulmonaire est négatif. L'examen local montre une peau très pigmentée par l'héliothérapie faite depuis trois mois. Le genou reste très globuleux et arrondi. Les méplats périrotuliens sont effacés. A la palpation, on a l'impression d'une élévation de la température locale. On perçoit la synoviale épaissie et blindée surtout au niveau des faces latérales de la rotule et du cul-de-sac sous-quadricipital. Pas de choc rotulien. Pas de points douloureux osseux à la pression profonde localisée. Les mouvements de flexion sont

limités et atteignent à peine l'angle droit. L'atrophie quadricipitale est très notable.

On propose une résection du genou pour obtenir et assurer une guérison.

Le 19 décembre, la malade demande une journée de sortie. Elle se jette dans la Saône et se noie.

Quoique dans cette observation, il nous manque la confirmation anatomique qu'aurait donnée une résection, il s'agit très certainement là d'une forme synoviale à forme chronique évoluant sur une malade à aspect florissant.

La thérapeutique conservatrice est restée sans effet. Une résection aurait très certainement amené une bonne guérison.

Il semble également qu'il y ait eu une imprégnation bacillaire torpide qui a provoqué chez cette malade un état de neurasthénie qui l'a conduite au suicide.

OBSERVATION VIII (Professeur Tixier)

Tuberculose du genou droit. Forme synoviale floride traitée 15 mois sans résultat. Poussée aiguë de synovite rouge avec abcès cloisonné. Résection du genou le 22 mars 1928. Pas de lésions osseuses. Guérison. Résultat excellent. Mars 1929.

Mlle Maria V..., 20 ans (Espagnole).

La malade entre à l'hôpital pour une douleur et une tuméfaction au niveau du genou droit.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et collatéraux.

Aucun antécédent personnel suspect, si ce n'est une grippe (?) très sérieuse en 1918.

Il y a 15 mois, son genou droit augmente de volume en quelques jours et devient douloureux. La douleur et la gêne des mouvements sont marqués surtout le matin au lever.

OBSERVATION VIII

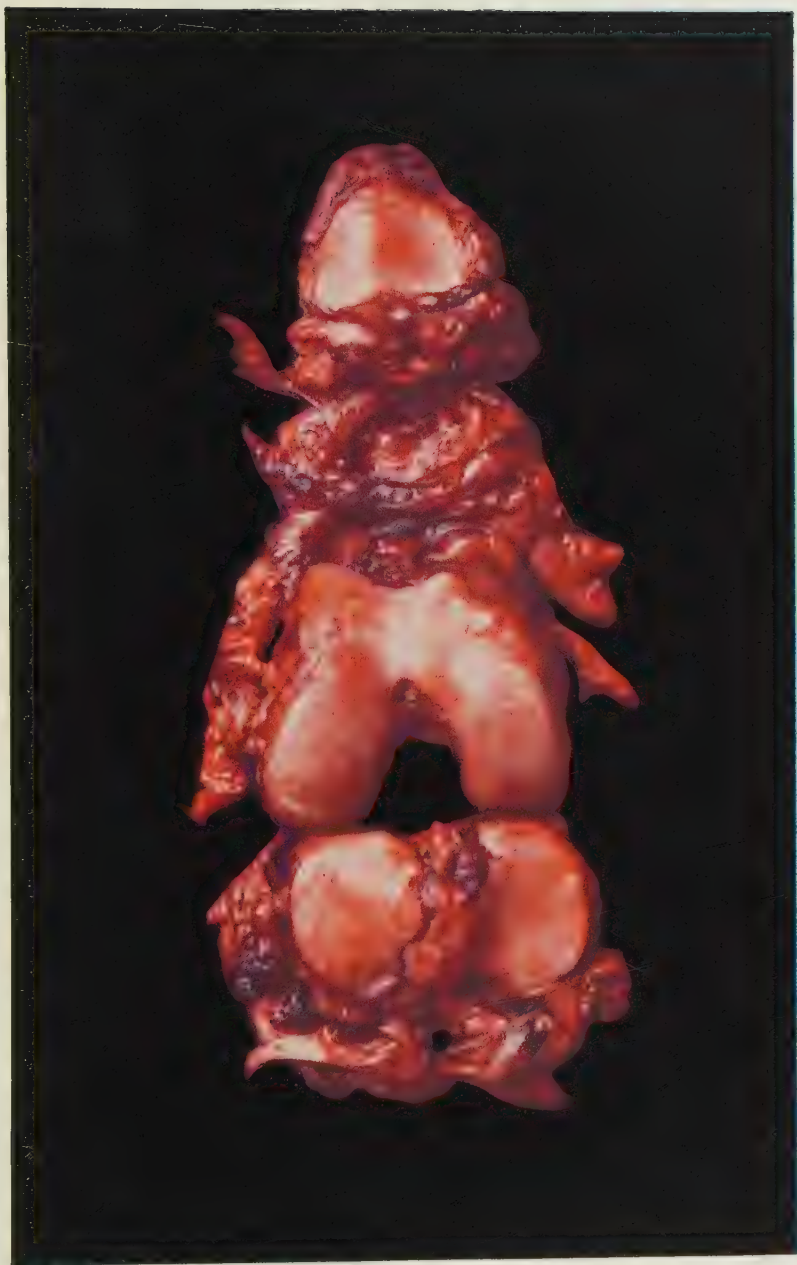
Tuberculose floride du genou droit. Forme synoviale floride traitée durant quinze mois sans résultat. Poussée aiguë de synovite rouge avec abcès postero-externe cloisonné. La ponction de cet abcès ramène du pus dans lequel on trouve des bacilles de Koch.

Sur la figure la synoviale rouge et congestive rappelle l'aspect du péritoine au cours de certaines péritonites tuberculeuses. A noter les semis de granulations miliaires tapissant la synoviale, plus particulièrement entre la rotule et les condyles fémoraux.

L'abcès ayant été ponctionné avant l'intervention n'est point visible.

Il n'y avait aucune lésion osseuse et cartilagineuse.

Les cartilages étaient blancs nacrés et nets. L'aspect rouge qu'ils présentent sur la figure provient de taches de sang fixées sur eux après l'intervention.



TUBERCULOSE FLORIDE DU GENOU

(Poussée de synovite rouge)

Elles disparaissent dans la journée après quelques mouvements.

Puis les douleurs devenant plus intenses à la fatigue, la malade est traitée par l'immobilisation plâtrée et l'héliothérapie. Cette thérapeutique améliore très nettement et amène une sédation partielle. L'état général est très satisfaisant. L'examen pulmonaire absolument négatif.

Il y a un mois éclatent des accidents plus aigus. Le genou augmente de volume. Sa palpation est généralement douloureuse sans point osseux localisé. La rotule est intacte. La synoviale est épaissie et empâtée. La flexion atteint l'angle droit et l'extension est un peu limitée. Quelques ganglions inguinaux petits et durs.

En même temps apparaît dans la région postéro-externe, au niveau de la tête du péroné, une tuméfaction qui constitue assez rapidement (en trois semaines) une tumeur molle, fluctuante et indolore. A son niveau la peau est chaude et rouge.

L'état général s'altère considérablement et la malade maigrit.

Le Wassermann est négatif.

La ponction de la collection ramène un pus jaune rosé bien lié, dont les cultures restent stériles après 24 heures d'étuve, et dans lequel le microscope décèle la présence de bacilles de Koch.

Les radiographies sont absolument négatives. A peine existe-t-il un léger degré de décalcification diffuse dans les épiphyses.

Intervention le 22 mars 1928, sous anesthésie générale à l'éther. Incision en H. A l'ouverture de l'articulation, contrairement à ce que l'on aurait supposé, étant donné le volume et l'épaississement de l'articulation, il n'y a pour ainsi dire aucun épanchement articulaire. A peine trouve-t-on une petite quantité de sérosité claire. Cela est d'autant plus remarquable que de l'articulation partait un abcès postéro-externe, fusant dans le tiers supérieur de la jambe, contenant un grand verre de pus brunâtre. Cet abcès d'origine articulaire reste cependant isolé de la grande cavité. L'arti-

pas de lésions importantes, de cavernes, de séquestres.

La section osseuse pénètre cependant dans un os modifié très certainement dans sa trophicité. La décalcification décelée par les radiographies le faisait prévoir, et l'os, mou, qui s'écrase sous le davier qui le prend et se coupe plus qu'il ne résiste à la scie, présente les caractères de la carie jaune ou de la carie rouge sur laquelle nous ne voulons point insister. Elle est connue de longue date.

Cet os gras, pâle, jaunâtre, infiltré d'une huile qui s'échappe sous la scie, se montre quelquefois plus congestif, d'un rouge vineux. De toute façon on le sait parfaitement capable de revenir à la normale en donnant un os solide autorisant des ankyloses résistantes.

Il importe donc de le savoir lésé seulement dans sa résistance mécanique et indemne de lésions spécifiques appréciables.

Ces notions anatomo-pathologiques touchant le squelette, gardent, du point de vue pratique, une importance capitale. Elles conduisent à savoir respecter ce tissu osseux dont la mollesse grasse et la fragilité pourraient inciter à des exérèses trop larges et trop étendues.

Il faudrait aller loin dans la diaphyse avant que de trouver un os dont l'aspect plus vivace, plus normal,

donne à l'esprit satisfaction entière. Mais cette satisfaction macroscopique signifie, on le sait, peu de chose.

Devant des os véritablement touchés par le processus tuberculeux, l'exérèse déjà se doit d'être prudente et économique.

A ce point de vue, « tuberculose n'est pas cancer », a-t-on coutume de dire depuis Ollier, signifiant par là qu'il n'est point nécessaire, bien au contraire, pour celle-ci, de résection aussi étendue et radicale que pour des lésions malignes.

Ce qui importe, c'est le fait de savoir, dans la tuberculose floride, telle que nous l'envisageons, les os indemnes de lésions et propres à se reconstituer solidement.

Cela suffit à conduire à les respecter et à les considérer comme parfaitement viables et capables d'une bonne cicatrisation. Pratiquement, cependant, l'état de décalcification diffuse, par la friabilité qu'elle crée, gêne dans les techniques qui utilisent des coaptations métalliques soit par des fils, soit par des agrafes de Dujarier.

Ces os mous, fragiles, gras, coupent sous la tension des fils et le matériel ostéo-synthétique mord mal dans ce tissu friable, soutien défectueux. Par ailleurs, on conçoit que les délais de consolidation soient

Le 25 janvier 1925, sans cause apparente, survient une poussée d'arthrite empêchant tout mouvement. Le Docteur Perret prescrit une immobilisation complète à laquelle se soumet difficilement cet homme actif qui ne peut pas croire à la gravité de son mal. Il reste cependant étendu jusqu'en mars.

Le 20 mars 1925, examen du malade par le Professeur Tixier. Arthrite du genou à type floride : genou globuleux. Grosse distension des culs-de-sac synoviaux. Mouvements de flexion encore assez étendus atteignant l'angle droit. Pas d'atrophie. Adénopathie inguinale.

La radiographie est absolument négative : pas de lésions osseuses. Très légère ostéoporose spécialement des tubérosités tibiales.

Chez un homme de 31 ans, très vigoureux, n'ayant aucune lésion viscérale, mais présentant une tuberculose articulaire du type synovial hypertrophique, M. Tixier préconise de suite une résection du genou.

Le malade ne peut pas admettre la nécessité d'une pareille intervention et demande un traitement conservateur purement médical.

Des pointes de feu profondes sont exécutées sur le genou et un appareil plâtré maintient tout le membre en immobilité parfaite. Une large fenêtre laisse à découvert la face antérieure du genou et permet une héliothérapie adjuvante. Le traitement est très sérieusement suivi jusqu'en décembre 1925, c'est-à-dire durant 8 mois. Entre temps, légère pleurite droite sans épanchement.

Le malade revient à Lyon le 11^{er} décembre. L'état général est satisfaisant, mais localement aucune amélioration n'est constatée. Malgré une immobilisation et une héliothérapie très consciencieusement exécutées, le genou reste globuleux avec une énorme distension des culs-de-sac synoviaux.

Le malade accepte la résection.

Intervention le 3 décembre 1925 : Résection typique du genou suivant le procédé d'Ollier. Lésions synoviales très caractéristiques : lipomatose diffuse péri-synoviale ; infiltra-

tion œdémateuse périarticulaire; à la face interne grosses fongosités exubérantes. Pas de liquide intraarticulaire. Pas de caséification. Aucune lésion osseuse macroscopique.

Résection osseuse très économique. Sur la tranche de section, les os paraissent jaunes, mous, sans aucun point d'ostéite en évolution. En somme, tuberculose synoviale floride typique.

Suture osseuse aux fils métalliques fixés par des tubes de Galli. Simple drainage du creux poplité.

Immobilisation plâtrée comme à l'ordinaire.

Premier pansement au quarante-cinquième jour.

Suites opératoires excellentes et consolidation sans aucun incident.

Les dernières nouvelles datent de février 1929. Le malade a son poids normal (81 kilogs). Il marche bien, solidement, sans souffrir.

OBSERVATION X (Professeur Tixier)

Tuberculose synoviale du genou à forme floride ayant évolué pendant sept ans. Echec du traitement conservateur. Résection. Résultat excellent.

M. Joseph V..., 28 ans.

Dans les antécédents héréditaires et personnels de ce malade, rien ne retient l'attention.

Son histoire remonte au mois de février 1919. Faisant à cette époque son service militaire, à l'occasion d'un accident, dit-il (une poutre serait tombée sur sa jambe droite), le genou enfle et des douleurs gênent la marche et limitent la flexion. Le traitement se limite à un pansement compressif et à des badigeonnages de teinture d'iode. Devant la persistance de ces phénomènes, il entre en mars à l'hôpital militaire de Colmar avec le diagnostic d'hydarthrose. Il est traité par l'immobilisation et les pointes de feu. Jusqu'en

septembre 1919, son existence alterne entre des séjours à l'infirmerie et des reprises de service atténuées.

L'état général est excellent.

Libéré, il se livre chez lui à de petits travaux, mais l'état local empire, la douleur s'accuse et les mouvements se limitent de plus en plus.

En mars 1920, il est réformé à 30 % à Chambéry pour hydarthrose chronique, puis, à la fin de la même année, à 100 % pour arthrite bacillaire.

En juillet 1921, il est mis en plâtre pendant quatre mois, puis il subit le traitement de Calot (6 injections) ; mais le mal empire, dit-il.

Durant cinq années, il est successivement immobilisé en plâtre, en gouttière de Bonet, soumis à une héliothérapie intense. Pendant cette longue période, l'état général reste très bon, floride ; l'appétit est conservé. Il n'y a aucun amaigrissement. Cependant parfois la température s'élève le soir pendant quelques jours à 38° et 38°5.

Il rentre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Philippe, le 1^{er} mai 1925.

A l'entrée, le genou droit se montre globuleux, les ménisques ont disparu, les culs-de-sac sont distendus. La flexion et l'extension sont légèrement limitées. La peau est normale. Il n'y a pas de poussée inflammatoire. La température locale est cependant nettement augmentée. Pas de choc rotulien. Empatement diffus périarticulaire.

Grosse atrophie musculaire. Ganglions inguinaux. Très bon état général. Pas de température. Examen général négatif.

La radiographie montre une décalcification interne diffuse des épiphyses, sans modification des contours osseux.

Le 24 mai, Intervention, sous anesthésie générale à l'éther. Incision en H d'Ollier. La synoviale est couleur chair d'anguille, épaissie, grasse. Ablation sous-périostée de la rotule. Section du fémur et du tibia à l'ordinaire. Pas de lésions osseuses. Premier pansement au quarante-neuvième jour. La consolidation est obtenue lentement. Elle est ache-

vée seulement après 6 mois d'immobilisation. Résultat excellent.

OBSERVATION XI (Professeur Tixier)

Tuberculose à forme synoviale floride chez un homme de 60 ans. Résection. Guérison. Bons résultats, mais grande lenteur de consolidation.

M. Louis M..., 60 ans.

Le malade entre dans le service le 26 mai 1926. Ses antécédents héréditaires sont indemnes de tuberculose.

Personnellement, il a présenté dès l'enfance des bronchites fréquentes. A 25 ans, il a eu une hémoptysie. Depuis, il souffre de points de côté répétés. Il tousse et crache tous les hivers.

L'affection actuelle a débuté en août 1925 assez brusquement par des craquements et des tiraillements douloureux dans le genou. L'immobilisation restant insuffisante et les mouvements devenant difficiles et douloureux, il vient consulter.

A l'entrée, le genou est tuméfié, globuleux. Les culs-de-sac synoviaux sont distendus. La cuisse légèrement atrophiée (2 cm.). Les mouvements articulaires sont très limités. Le creux poplité est nettement empâté. Sur les radiographies aucun point osseux net, seulement un peu de décalcification diffuse. Légère adénopathie inguinale.

Etat général florissant. Examen des urines négatif.

Intervention le 3 juin 1926 : A l'ouverture de l'articulation, synovite fongueuse généralisée à toute la synoviale du genou. Les lésions osseuses ne sont nullement apparentes. Légère décoloration porcelainique sur le cartilage fémoral diarthrodial. La résection est indiquée pour enlever toute la synoviale malade.

Résection du genou par le procédé d'Ollier typique. Suture

aux fils métalliques fixés aux tubes de Galli. Immobilisation dans un grand plâtre.

Il s'agit d'un cas typique de tuberculose à forme fongueuse floride, forme qui n'a aucune tendance à guérir spontanément.

Premier pansement le 16 juillet ; nouveau plâtre.

Le 4 août, nouveau plâtre ; ébauche de consolidation.

Le 8 septembre, ablation des fils métalliques ; plâtre.

Le 19 janvier 1927, genouillère plâtrée.

Le 14 avril 1927, petit plâtre roulé. Le genou donne l'impression de n'être point encore complètement solide.

Revu en 1928, le genou est sec et ankylosé. Bon résultat.

A remarquer la longueur du temps de consolidation. Ceci est de règle dans les formes synoviales où l'os décalcifié, gras et mou, semble touché dans sa trophicité malgré l'absence macroscopique de lésions spécifiques.

Il s'agit de plus dans cette observation d'un cas exceptionnel, évoluant chez un homme de 60 ans.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'ouverture d'une articulation tuberculeuse floride, l'arthrotomie et l'examen des pièces opératoires de résection, celles-ci constituent une véritable dissection du genou avec synovectomie totale, nous ont conduit aux notions anatomo-pathologiques qui vont suivre.

La première incision, l'incision cutanée, porte déjà en un tissu cellulaire anormalement développé. Celui-ci se montre infiltré, œdémateux, gras, d'aspect lardacé, épais parfois de plusieurs travers de doigts.

Ce tissu lardacé représente le tissu cellulaire et le tissu parasynovial ayant subi une sorte d'imbibition ; c'est une couche de tissu conjonctif et adipeux atteint d'œdème chronique qui représente la couche la plus superficielle, sans lésions spécifiques, telle que la décrivait déjà Chandelux en 1883, dans sa thèse d'agrégation sur les synovites fongueuses articulaires et tendineuses. Le tissu lardacé, dit-il, n'est autre chose que le tissu conjonctif ou cellulo-adipeux, ou encore intermusculaire, affecté d'œdème chronique, d'œdè-

me dur ; il crie, en effet, comme du lard salé sous le scalpel. C'est un tissu solidifié par l'infiltration embryonnaire ou les néoformations dont il est le siège.

Il se termine par une ligne nette, qui marque sa limite avec le tissu fibreux de la synoviale.

A l'ouverture de l'articulation s'échappe un peu de liquide séreux, citrin et clair, en quantité infiniment moins grande que ne l'aurait laissé supposer l'aspect distendu et globuleux de l'articulation. C'est, en somme, surtout, et cela corrobore ce que faisait prévoir l'examen clinique, une infiltration des parois qui fait paraître la synoviale distendue.

La section du tendon rotulien relève une rotule souvent retenue par des adhérences synoviales légères, véritables voiles ténus, qui cloisonnent la cavité articulaire. C'est du reste une des tendances caractéristiques de cette vaste cavité synoviale articulaire du genou que cet effort vers la localisation et l'isolement du processus tuberculeux.

On songe alors, et l'analogie n'est pas sans exactitude, à ces adhérences qui cloisonnent la grande cavité pleurale dans certaines réactions de cette séreuse.

Ainsi étalée, la synoviale antérieure du genou se montre épaissie uniformément, recouverte souvent d'un dépôt fibrineux, floconneux, jaunâtre, avec des

arborescences soit congestives rouges et vasculaires, soit plus pâles, graisseuses et d'aspect lipomateux.

Ces formations feraient penser au lipome arborescent du genou. Elles n'ont point cependant de ce dernier les fines dentelures, les ramifications multiples et les végétations étendues. Elles sont à pédicules plus larges, plus étoffés, plus adipeux. Ce sont parfois des productions monstrueuses de fongosités très graisseuses qui empruntent, semble-t-il, aux caractères d'obésité du terrain sur lequel elles évoluent. Un fait constant veut que cette hypertrophie synoviale en épaisseur ne s'accompagne jamais de ces fongosités molles et caséifiées qui distendent et injectent le sac articulaire dans d'autres formes de tuberculose.

Si l'on fait bailler plus l'articulation après section des ligaments croisés, on reste surpris de l'aspect normal des cartilages. Ils ont conservé leur reflet habituel et ils sont effectivement sains. Parfois, au contraire, ils semblent moins vernissés et leur apparence porcelainique brillante, si caractéristique, se montre plus terne. Ils ont un aspect un peu « triste et cadavérique », dit M. le Professeur Tixier. Souvent même, dans ces cas, le cartilage se décolle aisément d'un coup d'ongle au niveau d'une minime lésion sous-chondrale, mais cela est loin d'être la règle. C'est bien plutôt le fait des formes synoviales florides anciennes, évoluant déjà depuis de longs mois sans traitement effectif. Quoiqu'il en soit, il n'y a cependant jamais de lésions érosives prononcées et sous le cartilage on ne trouve

pas de lésions importantes, de cavernes, de séquestres.

La section osseuse pénètre cependant dans un os modifié très certainement dans sa trophicité. La décalcification décelée par les radiographies le faisait prévoir, et l'os, mou, qui s'écrase sous le davier qui le prend et se coupe plus qu'il ne résiste à la scie, présente les caractères de la carie jaune ou de la carie rouge sur laquelle nous ne voulons point insister. Elle est connue de longue date.

Cet os gras, pâle, jaunâtre, infiltré d'une huile qui s'échappe sous la scie, se montre quelquefois plus congestif, d'un rouge vineux. De toute façon on le sait parfaitement capable de revenir à la normale en donnant un os solide autorisant des ankyloses résistantes.

Il importe donc de le savoir lésé seulement dans sa résistance mécanique et indemne de lésions spécifiques appréciables.

Ces notions anatomo-pathologiques touchant le squelette, gardent, du point de vue pratique, une importance capitale. Elles conduisent à savoir respecter ce tissu osseux dont la mollesse grasse et la fragilité pourraient inciter à des exérèses trop larges et trop étendues.

Il faudrait aller loin dans la diaphyse avant que de trouver un os dont l'aspect plus vivace, plus normal,

donne à l'esprit satisfaction entière. Mais cette satisfaction macroscopique signifie, on le sait, peu de chose.

Devant des os véritablement touchés par le processus tuberculeux, l'exérèse déjà se doit d'être prudente et économique.

A ce point de vue, « tuberculose n'est pas cancer », a-t-on coutume de dire depuis Ollier, signifiant par là qu'il n'est point nécessaire, bien au contraire, pour celle-ci, de résection aussi étendue et radicale que pour des lésions malignes.

Ce qui importe, c'est le fait de savoir, dans la tuberculose floride, telle que nous l'envisageons, les os indemnes de lésions et propres à se reconstituer solidement.

Cela suffit à conduire à les respecter et à les considérer comme parfaitement viables et capables d'une bonne cicatrisation. Pratiquement, cependant, l'état de décalcification diffuse, par la friabilité qu'elle crée, gêne dans les techniques qui utilisent des coaptations métalliques soit par des fils, soit par des agrafes de Dujarier.

Ces os mous, fragiles, gras, coupent sous la tension des fils et le matériel ostéo-synthétique mord mal dans ce tissu friable, soutien défectueux. Par ailleurs, on conçoit que les délais de consolidation soient

allongés du fait de la lenteur nécessaire à la reconstruction du squelette vers une architecture solide.

Telle est, en somme, la forme la plus habituelle. Elle est, on le voit, *synoviale avant tout*.

Est-ce à dire qu'elle est constante et qu'il n'y ait pas de possibilités de destruction plus prononcée ?

Nous les croyons exceptionnelles, mais il serait bien imprudent de vouloir trop systématiquement limiter la description de ces lésions.

Il arrive bien parfois, au cours de ces interventions qui ouvrent l'articulation et cherchent des lésions, que soient découverts de petits points d'ostéite très limités. Ils font donc anatomiquement de cette forme de tuberculose une véritable ostéo-arthrite, mais, en réalité, ces lésions osseuses sont si froides, si indolores et retentissent si peu sur l'état général que l'on pourrait toujours croire à la possibilité d'une guérison par le seul traitement médical.

Ces lésions osseuses sont si minimales que l'on est habitué à voir se produire, malgré elles, chez des malades moins florides, une sécheresse ou une ankylose du genou par la simple immobilisation plâtrée longtemps prolongée. A la vérité, là encore on obtient rien.

Il subsiste, de plus, avons-nous dit, favorisé par la

dislocation du genou et la facilité des traumatismes quotidiens qu'elle entraîne, l'éventualité dangereuse d'un réveil subit et aigu avec ses conséquences graves. Sur cette forme torpide peuvent en effet évoluer des poussées congestives successives. L'observation VIII en est un cas probant. Elle est reproduite dans notre travail sur la photographie en couleur. On voit là évoluer une poussée synoviale un peu particulière. La richesse vasculaire si grande de cette séreuse articulaire l'explique. C'est une forme congestive au premier chef, forme de « *synovite rouge* », tant sont prononcés les phénomènes congestifs. C'est une véritable poussée « *péritonéale aiguë* ». La séreuse se tapisse alors de petites granulations miliaires multiples, de granulations microscopiques, et dans un cul-de-sac exclu peut évoluer un abcès cloisonné, indépendant complètement de la grande cavité articulaire. C'était là le cas de l'observation VIII. Et cependant le squelette et son cartilage sont restés encore absolument indemnes de lésions. C'est une forme en tous points purement synoviale.

Mais il y a plus, et à la faveur de poussées successives synoviales aiguës peuvent naître et naissent souvent des lésions cartilagineuses et osseuses. On n'est plus alors dans le cadre un peu absolu de la forme floride que nous avons essayé d'isoler. On a franchi son étape, en général après de longs mois, après des années, et on entre dans la tuberculose avérée, ostéo-articulaire, dont la description n'est plus à faire. Elle entraîne alors avec elle, aux côtés des destructions

articulaires rapides et étendues, les conséquences cliniques habituelles. L'état général s'altère, la fièvre s'allume et les malades perdent cet embonpoint floride qui jusqu'alors caractérisait l'évolution chronique de leur mal. C'est la tumeur blanche avec ses possibilités de fistulisation, d'infections secondaires et ses indications thérapeutiques aujourd'hui bien établies.

Il n'est pas sans intérêt, du point de vue pratique, de connaître ces possibilités évolutives souvent tardives qui, anatomiquement, font franchir à la tuberculose synoviale les étapes successives qui la conduisent à la tuberculose ostéo-articulaire banale. Cette possibilité de transformation étant établie et connue, elle pèsera évidemment sur les décisions thérapeutiques.

Nous nous sommes limités ici à une étude anatomopathologique grossière des lésions, mais nous verrons dans un aperçu critique comment il nous semble que l'on puisse interpréter ces faits.

En résumé, lésions torpides, florides, réactions scléro-lipomateuses, limitées à la synoviale et au tissu cellulaire péri-synovial, avec intégrité absolue du squelette et de son cartilage de revêtement, telles sont les caractéristiques anatomiques principales.

TRAITEMENT

La forme floride de la tuberculose de l'articulation du genou relève, avons-nous dit déjà, de la *résection précoce et économique*.

C'est à la défense de cette notion, à laquelle aboutit le Professeur Tixier après de multiples observations longtemps suivies et de nombreuses tentatives de traitements variés, que nous voulons consacrer ce chapitre, en apportant les arguments sur lesquels se fonde une telle manière de voir.

Nous répétons qu'il s'agit d'adultes qui, malgré un état général remarquablement bon, malgré toutes les thérapeutiques conservatrices et malgré de longues rémissions, ne gardent aucun espoir de guérison. Ils ne présentent aucune tendance au genou sec, ankylosé ou non, qui représente un genou guéri.

Il faut la résection, sous certaines conditions, que nous allons énumérer. Il faut l'*ankylose par résection*, en sacrifiant les surfaces articulaires et en sacrifiant

un peu de ces os qui paraissent sains et qui, à la vérité, sont la plupart du temps absolument indemnes de lésions spécifiques.

Nous sommes absolument catégoriques dans l'énoncé de cette conséquence thérapeutique.

Elle est la même pour tous. Dans cette forme synoviale spéciale, floride, riches ou pauvres sont à la même enseigne, ou presque. Alors que dans les autres formes de tuberculose les conditions sociales entrent en ligne de compte, elles sont là réduites au minimum. Alors que dans les autres formes on peut obtenir, avec des conditions climatiques et hygiéniques favorables, des guérisons après deux, trois ou quatre années de traitement, là, les traitements les meilleurs restent désespérément insuffisants. Ils prolongent bien évidemment les possibilités de chronicité, ils atténuent, c'est un fait, les chances de complications aggravantes surajoutées, mais s'ils permettent de temporiser plus, ils n'aboutissent point à la guérison vraie.

Il ne faudrait point croire, partant de là, qu'un climat propice, une héliothérapie bien comprise, et les conditions générales soient sans importance. Bien au contraire. Tout intervient, et l'utilité de ces divers éléments est capitale, en tant que traitement adjuvant. C'est un temps *accessoire indispensable* aux côtés du temps principal.

Le seul traitement est la *résection*.

On ne peut qu'être frappé du contraste entre ce que nous avançons au point de vue anatomique et ce que nous conseillons au point de vue thérapeutique. Les lésions sont essentiellement *synoviales*, nous en avons donné la description et nous aboutissons à la nécessité d'une résection *osseuse*.

Lorsque l'on propose du reste pareille intervention à ces sujets florides, on se heurte généralement à une résistance bien compréhensible de la part du malade et de son entourage. Il faut toute la conviction de l'inefficacité de tous les autres traitements pour oser en conscience imposer une telle indication.

Les directives qui nous portent à ces conclusions sont de deux ordres :

1° Le fait qu'il est impossible d'obtenir autrement une guérison véritable. La temporisation par trop prolongée, outre qu'elle fait perdre un temps précieux et qu'elle conduit tôt ou tard à la nécessité d'une résection, comporte en plus des risques, en ce qu'elle peut être troublée par l'apparition brutale de poussées articulaires aiguës et d'accidents de généralisation ;

2° La notion que chez l'adulte la meilleure et la plus sûre des ankyloses est celle que donne la résection. Cela est vrai tant pour la guérison locale de l'atteinte articulaire que pour l'avenir orthopédique du membre malade.

On se doit, sans cependant les vouloir discuter toutes, d'envisager les diverses thérapeutiques possibles. C'est en pesant leur valeur réciproque et leurs résultats que l'on pourra faire ressortir mieux celle à laquelle nous aboutissons, logiquement nous semblait-il, et à laquelle nous nous arrêtons.

La *révulsion* et l'*immobilisation plâtrée* doivent perdre la faveur dont elles ont joui pendant longtemps et cela est exact surtout dans la forme synoviale floride que nous envisageons. Là, en effet, elles se montrent comme un des plus faibles moyens de traitement à opposer à cette forme de tuberculose. Est-ce à dire qu'il faille systématiquement les rejeter? Point ne faudrait se montrer aussi catégorique. Ce sont là, au contraire, moyens précieux, indispensables, nécessaires, mais insuffisants.

L'arthrite synoviale floride se soumet avec une telle indifférence à cette immobilisation plâtrée, associée aux révulsions légères et à la cure de soleil et d'hygiène, qu'on est peu à peu découragé et amené à affirmer leur inefficacité. Ce traitement non sanglant est celui auquel on est cependant fatalement conduit, tant l'embonpoint général des malades et l'aspect clinique si spécial de leur genou font espérer une rétrocession et une guérison par ces procédés simples. Mais les mois passent, les plâtres sont changés et les examens successifs constatent tous une désespérante stagnation.

Cette *immobilisation plâtrée* simple doit cependant rester le *premier geste, absolument obligatoire*.

Elle est réservée d'abord aux cas douteux lorsque le diagnostic est incertain, alors que le symptôme principal est celui de l'arthrite banale, avec hydarthrose légère et épanchement articulaire.

Lorsque le diagnostic est positif, elle doit encore être mise en œuvre. C'est une règle absolue qui veut que soit immobilisée en plâtre toute articulation tuberculeuse, pendant un mois ou deux au moins, avant que de poser une indication thérapeutique active. C'est de plus une nécessité qu'une immobilisation plâtrée prolongée en présence d'une arthrite du type floride. Le diagnostic n'a point le droit d'être affirmatif dès le premier examen.

L'immobilisation en plâtre est, pourrait-on dire, une *nécessité* en ce qu'elle constitue un véritable *traitement d'épreuve*. C'est plus en effet l'évolution très prolongée, soulignée par l'échec du traitement non sanglant, qui permet d'affirmer un diagnostic, que l'examen à proprement parler du genou lui-même. Ce plâtre devra être le premier acte, associé de toute évidence à un traitement héliothérapique et médical intensif, prolongé des mois, *huit à dix mois environ* en moyenne. Ce n'est que devant son échec qu'on est en droit de proposer un traitement sanglant. Or, dans la forme floride cet échec est une règle. Les examens répétés montrent que le genou refuse de

s'ankyloser et refuse de guérir. C'est là-même, pourrait-on dire, le véritable test clinique qui autorise à imposer une thérapeutique plus active.

En résumé, l'immobilisation plâtrée est utile pour confirmer un diagnostic, et pour permettre de juger, après le repos qu'elle procure de l'état vrai de l'articulation malade. Il n'en reste pas moins qu'elle se montre parfaitement insuffisante à guérir.

Elle gardera donc des indications absolues en soi, mais relatives quant à la durée de son application et à ses effets. *On commencera toujours par elle*, attendant ainsi que « l'arthrite sèche », mais dans la tuberculose floride, malgré la patience, on s'aperçoit qu'aucune modification favorable ne survient et l'immobilisation reste devant elle sans effet, alors qu'elle se montre très efficace dans d'autres formes de tubercules.

Bien entendu encore doit-on conserver cet arme au titre d'un *véritable traitement prophylactique*. Le plâtre immobilisateur appliqué précocement et sérieusement à l'occasion de la moindre hydarthrose chronique, trop souvent considérée en pratique comme sans importance, évitera la transformation ultérieure en une forme plus sérieuse. Prévoir à temps et éviter, malgré cette sorte de naïveté qu'il y a à dire que la meilleure manière de traiter c'est de ne pas avoir à le faire, reste cependant une des façons élégantes d'uti-

liser un plâtre prévoyant et par cela même très effectif.

Enfin, l'immobilisation associée au traitement général reste, il est presque banal de le répéter, le seul traitement admis chez les enfants. C'est un crime de faire une résection du genou chez un enfant au-dessous de 14 ans, disait Koenig. Nous n'insistons pas, car notre étude se limite aux adultes.

Si l'on monte d'un degré dans les possibilités thérapeutiques plus actives, sans qu'elles puissent cependant être dites sanglantes à proprement parler, on arrive aux procédés des *injections modificatrices* caustiques dont le type est dans la méthode sclérogène de Lannelongue, et aux *pointes de feu profondes* intra-articulaires faites sous anesthésie et suivies d'une longue immobilisation.

On serait tenté d'utiliser ces méthodes, étant donné que nous sommes en présence d'une forme synoviale et que par elles on peut fort bien concevoir l'obtention d'une cicatrisation fibreuse favorable à une guérison avec ankylose fibreuse partielle. Elles ont très certainement fourni des succès.

Les fers rouges, fort judicieusement employés il y a un demi-siècle à peine, ont permis des guérisons. Mais étaient-elles la règle et ce moyen n'était-il pas plutôt un pis-aller devant une asepsie hésitante et des désastres opératoires fréquents. Tant est qu'à l'heure

actuelle, cette arthrotomie ignée, faite avec de volumineux cautères, est entrée dans le domaine de l'histoire. Elle n'était point illogique cependant, mais à concevoir l'étendue de la synoviale du genou, suffisait-elle à atteindre largement tous les culs-de-sac, et en particulier la synoviale du genou postérieur ?

Les méthodes sclérosantes seraient plus séduisantes en ce sens que moins traumatisantes et plus capables de toucher la synoviale dans ses repères. Elles gardent encore des défenseurs, mais que de temps perdu, que de fragilité dans la sclérose obtenue, que de danger pour l'avenir ! Les réveils restent possibles. Ils sont même fréquents et, en fin de compte, les injections sclérogènes cherchent et obtiennent il est vrai une ankylose, mais une ankylose fibreuse, peu solide, et c'est un grave défaut, très souvent douloureuses, bien loin de valoir, il s'en faut, l'ankylose solide, serrée, indolore, de la résection qui, elle, équivaut à une guérison véritable, pour un adulte qui demande à la vie des possibilités d'activité réelle.

Il est présent à notre mémoire cet homme vigoureux et jeune, traité pendant six ans par des injections sclérogènes, astreint aux séances répétées nécessaires à cette thérapeutique et obtenant ainsi, il est vrai, un genou sec, mais, malgré tout, toujours douloureux et fragile.

Il est venu demander à Lyon, à une résection économique, un genou indolore et solide. Il l'a obtenu

aisément. Deux années sont passées. Elles ont confirmé la supériorité indiscutable de ce traitement et cet homme regrette amèrement de n'avoir point été conseillé plus tôt dans ce sens.

Devant l'insuffisance avérée des traitements précédents viennent à l'esprit les diverses interventions sanglantes possibles. Elles se résument à la *synovectomie*, à l'*arthrectomie* et à la *résection*.

La *synovectomie*, ardemment défendue par Kœnig, Volkmann et bien d'autres, aujourd'hui encore reprise passagèrement par quelques-uns, paraît devoir être, chez l'adulte, systématiquement rejetée. La forme floride purement synoviale devrait cependant essentiellement relever de cette intervention qui, théoriquement, réalise l'exérèse exacte des lésions. En pratique, il n'en va malheureusement point ainsi. Cette *synovectomie*, pour être efficace, doit être *complète*. Or, cela reste pour ainsi dire irréalisable, du point de vue technique, sans délabrements considérables de l'articulation. La *synovectomie* vraie de la partie postérieure du genou n'est pas possible sans ouverture large de l'article. Elle cause une mutilation anatomique telle qu'en fait la *synovectomie* idéale totale n'est en aucune façon une réalité. Or, incomplète, et elle l'est, elle n'assure point une guérison certaine et l'expérience montre que les récidives sont presque de règles. Elle entraîne par ailleurs une ankylose insuffisamment solide et souvent douloureuse, donc mauvaise, orthopédiquement parlant.

Ce désir de réaliser cependant une ablation totale de la synoviale, et les difficultés, pour ne pas dire les impossibilités anatomiques rencontrées, ont tout naturellement conduit à élargir économiquement les voies d'accès, et la synovectomie est devenue une *arthrectomie*. Celle-ci comporte l'extirpation de la totalité de la synoviale, l'éradication des ligaments croisés et des disques semi-lunaires, et le décapage des cartilages articulaires de revêtement sans ablation de portions osseuses.

A Lyon, cette intervention a été défendue par Létievant. Il avait noté déjà la fréquence des formes synoviales primitives au genou et, suivant sa formule, il fallait, disait-il, « enlever le mal, rien que le mal, respecter ce qui est sain, tout ce qui est sain ».

Richelot, en 1888 et en 1890, dans une série de communications à la Société de Chirurgie de Paris, émettait l'opinion que, dans un grand nombre de cas de tuberculose du genou chez l'adulte, les lésions sont limitées à la synoviale, alors que le squelette est intact. Il se déclare partisan convaincu de l'arthrectomie.

M. Albertin, dans les *Archives provinciales de Chirurgie*, en 1895, défend cette méthode et apporte des arguments constitués par une très riche documentation personnelle.

A vrai dire, cette intervention, très économique,

peut réaliser la synovectomie totale et doit, selon ses défenseurs, donner une guérison parfaite avec une articulation très mobile. En est-il vraiment bien ainsi ?

La grande objection faite à l'arthrectomie, c'est la possibilité de méconnaître les lésions osseuses profondes et de laisser intacts des foyers tuberculeux intra-épiphysaires qui passent inaperçus. Cette objection ne devrait point porter pour notre forme floride essentiellement synoviale, et théoriquement l'arthrectomie serait tout à fait défendable.

En réalité, elle ne tient pas ce qu'elle promet.

La synovectomie totale est évidemment possible, quoique infiniment plus difficile à réaliser que celle autorisée par une résection typique économique. Le décapage des cartilages articulaires n'est point un geste aussi simple et pratique qu'à son énoncé. De plus, elle ne laisse aucune mobilité, et nous n'en voulons pour preuve que les observations de son défenseur même. Sur les 28 observations de M. Albertin, 5 seulement ont trait à des adultes entre 20 et 30 ans. Deux viennent d'être opérés et ne permettent pas de juger du résultat ; les 3 autres ont une ankylose complète ; l'un même, dit l'observation, oblige le malade à marcher en fauchant. L'ankylose est donc obtenue sans raccourcissement et c'est, nous semble-t-il, au point de vue orthopédique un résultat infiniment moins bon que celui donné par la résection économique typique, dont le léger raccourcissement autorise

justement une marche parfaite, évitant cette longueur gênante du membre inférieur rigide et la marche en fauchant qu'elle entraîne.

Les 23 autres observations concernent des enfants. Chez eux le problème est tout différent. Ce n'est point lui que nous abordons. L'auteur lui-même admet que pour l'adulte les documents sont insuffisants pour conclure, et il tranche seulement en faveur de l'arthrectomie pour les petits et les jeunes adolescents.

L'arthrectomie, du reste, demande souvent des compléments. Elle s'adjoint les arthrectomies combinées à des évidements osseux, et des arthrectomies combinées à la résection.

On est bien près de jouer avec les mots et on arrive, en somme, à la *résection proprement dite*, infiniment supérieure, plus simple de technique et plus régulière dans ses résultats.

C'est elle que nous voulons défendre. Elle sera une *résection précoce*, une *résection économique*. Sa précocité, et nous nous sommes déjà expliqué à ce sujet, n'exige pas qu'elle doive tout précéder. Elle est seulement l'aboutissement fatal et unique après un véritable traitement d'épreuve demandé à l'immobilisation plâtrée et à l'héliothérapie durant 8 à 10 mois au minimum.

Le diagnostic étant démontré par ces tentatives inefficaces, nous disons que la résection s'impose.

Cette précocité relative de la résection aura de plus l'avantage d'éviter de longues et inutiles pertes de temps dans la vaine recherche d'une guérison. Elle mettra, et cela est infiniment plus important, à l'abri des transformations fongueuses aiguës possibles et parera aux dangers des généralisations tuberculeuses.

Le délai de huit à dix mois d'immobilisation préalable réalise une moyenne désirable. Il peut être diminué devant un état de choses et un diagnostic bien établis, ou prolongé si les circonstances l'exigent. Ce qu'il faut surveiller avant tout c'est le moment opportun, suffisamment précoce, pour la résection, de manière à éviter une flambée aiguë dont la gravité est souvent considérable, ou tout au moins d'arriver encore à temps. Les phénomènes aigus greffés sur ce terrain floride, résistant en apparence seulement, marchent vite. Il se pourrait que devant eux on soit vite conduit à discuter entre une résection, qui hésite tant elle semble faite dans des conditions défavorables, et une *amputation*. Par le chemin d'une poussée aiguë subite, on peut donc être conduit à une amputation là où on aurait réséqué seulement si on était arrivé plus tôt. L'indication thérapeutique, par le fait d'une temporisation trop prolongée, peut en somme comporter alors un problème vital et exiger le sacrifice d'un membre.

La résection sera de plus *économique* en ce sens que la forme floride essentiellement synoviale n'exige point de larges sacrifices osseux.

Cette section osseuse, inutile si on se place purement au point de vue anatomo-pathologique, offre néanmoins de multiples avantages. Elle autorise une *synovectomie totale* dans toute l'acceptation du mot et donne une *ankylose osseuse* solide, indolore, sèche, parfaite au point de vue orthopédique.

Le léger raccourcissement qu'elle entraîne, compensé dans la hanche, le bassin et la colonne vertébrale, est absolument désirable, car il est une condition favorable de la marche lorsqu'il y a ankylose du genou. A ankylose égale en même position, la marche est beaucoup plus facile à un réséqué du genou qu'à un malade porteur d'une ankylose spontanée. En effet, la différence de longueur, chez le réséqué, évite à celui-ci de faucher en marchant.

C'est là un des côtés avantageux de la résection économique. Il en est d'autres, mais le plaidoyer en faveur de la résection n'est point à répéter. La cause est gagnée de longue date. Les preuves en ont été reprises et fournies tout récemment dans la thèse de Mondan (Lyon 1925) sur les résultats éloignés de la résection du genou pour une tumeur blanche. Dans ce travail, excellent en lui-même, parfait par sa documentation exceptionnelle puisqu'elle se fonde sur les opérés d'Ollier lui-même, l'auteur apporte ainsi

11 observations très complètes de résection du genou, la plus ancienne datant de 43 ans, la plus récente de 27 ans. Tout se montre favorable à cette intervention. Les résultats fonctionnels en particulier ont été constamment excellents et tous les malades ont mené une vie active et pénible, exigeant de longues marches et des stations debout prolongées, sans nul inconvénient.

Dans la forme floride, le squelette, sans présenter de lésions spécifiques vraies, offre néanmoins une trophicité déficiente, qui montre à la coupe des os mous, friables, jaunâtres et gras. Ce manque de résistance oblige à certaines précautions.

Le matériel de synthèse, les fils métalliques fixés par des tubes de Galli, tiennent mal dans ce tissu osseux fragile et il est prudent d'en tenir compte, en conseillant de ne point serrer trop ces fils, ni de tirer trop énergiquement sur eux, car ils coupent aisément.

Les surfaces osseuses en présence sont enfin peu propices au cal solide et rapide. Cela conduit à surveiller étroitement la période de consolidation particulièrement longue dans ces cas. L'immobilisation plâtrée, après l'intervention, sera de ce fait prolongée, en général *six mois environ*. Il y a évidemment des nuances dans la longueur de temps nécessaire à cette consolidation, mais il est prudent de n'autoriser les premiers pas que sous le couvert d'un plâtre roulé, ou d'un appareil en cuir moulé longtemps maintenu.

À cette condition, les suites se montrent parfaitement simples et favorables.

Et devant la perfection des résultats ainsi obtenus, seront atténuées les arrière-pensées qui pourraient faire paraître exagéré ce sacrifice osseux. Point ne faut non plus accorder trop d'importance aux réticences impressionnantes de Richelot, qui écrit avoir été « dans la dure nécessité de pleurer les os qu'il venait d'enlever tant ils étaient solides et vierges d'altération ».

Il reste en effet un dernier argument en faveur de la résection. Il allégera, s'il en est besoin, les derniers remords. Cliniquement, il est souvent fort malaisé de se prononcer sur l'état exact du squelette. Les radiographies elles-mêmes prêtent à des erreurs fréquentes. Or, il est des cas, exceptionnels, il est vrai, où la forme floride ne reste pas uniquement une synovite. Il y a parfois des lésions très limitées d'ostéite qui en réalité créent une véritable ostéo-arthrite. La résection alors met à jour ces lésions osseuses et en même temps les traite. Nous en voulons pour preuve cette communication récente de M. le Professeur Tixier à la Société de Chirurgie de Lyon (février 1928) : « Voici des « pièces de résection du genou que j'ai recueillies ce « matin même. Je me permets de vous les présenter « parce qu'elles illustrent parfaitement les indications « de la résection du genou chez l'adulte, à laquelle « nous sommes, pour la plupart, restés fidèles à « Lyon.

« Il est utile de montrer ainsi des pièces démonstratives pour justifier notre façon d'agir. Alors qu'au cours du récent Congrès de Chirurgie la résection du genou semblait à beaucoup avoir perdu de ses indications en faveur de l'héliothérapie ou d'opérations plus conservatrices, telles que la synovectomie, MM. Bérard et Santy ont dû prononcer un plaidoyer énergique en faveur de la résection vraie pratiquée suivant la méthode d'Ollier.

« Voici l'histoire de mon malade :

« Un homme de 31 ans, d'apparence extrêmement vigoureuse, fut atteint, à 20 ans, d'une hydarthrose du genou gauche qui, survenue à la suite d'un traumatisme léger, persista quelques semaines. Il put reprendre son travail très pénible de metteur au point dans une usine d'automobiles. Il y a cinq ans, nouvelle poussée d'hydarthrose qui laisse un épaissement considérable du genou et une très légère limitation de la flexion.

« Jusqu'à il y a deux mois, cet homme, intelligent, actif, vigoureux, put exercer son métier. Il était simplement gêné pour se mettre à genou.

« Brusquement, au début de janvier, sans cause, réapparition d'une grosse hydarthrose. Le Docteur Cognet m'adresse le malade.

« Cet homme, très vigoureux, à muscles puissants,

« présente à notre examen un genou globuleux à
« culs-de-sac synoviaux, épaissis et résistants. C'est
« le type de la synovite tuberculeuse à forme scléro-
« lipomateuse, exhubérante. Les mouvements du
« genou sont presque intégralement conservés et il
« n'existe aucun point osseux douloureux à la pres-
« sion.

« Cependant, sur la radiographie, on constate un
« affaissement considérable de la partie extérieure du
« plateau tibial. Ganglion de l'aîne. Atrophie médio-
« cre des muscles de la cuisse.

« A 31 ans, je pose de façon formelle l'indication
« de la résection. Immobilisation de trois semaines
« dans un plâtre, suivant la tradition d'Ollier.

« Ce matin, j'ai exécuté une résection typique.
« Cette synoviale, que j'ai pu très aisément disséquer
« au bistouri, en raison de son épaissement consi-
« dérable et de l'œdème sous-synovial, était rouge,
« mieux, sans aucune tendance à la caséification.
« C'est à peine si le cartilage diathroïdal externe était
« ravivé : les os, bien nourris, paraissent sains. On
« aurait pu être tenté de se contenter de la simple
« synovectomie.

« Or, tandis que la section des condyles fémoraux
« ne décèle aucune lésion osseuse, vous pouvez aper-
« cevoir sur la tranche de la section osseuse tibiale
« un tubercule caséifié gros comme une petite noi-

« sette. Ce tubercule avait creusé un véritable caveau
« à la partie postérieure du plateau, sous l'épine
« tibiale postérieure.

« Cependant, tout le squelette, tant fémoral que
« tibial paraît ailleurs absolument sain. Il est parfaite-
« ment vascularisé, sans aucun point d'ostéoporose.
« Seule, la section systématique des extrémités osseu-
« ses a permis d'enlever ce tubercule central, déve-
« loppé en plein tibia, sous un cartilage diathrodial
« sain.

« Cette tumeur blanche, à allure de synovite tuber-
« culeuse floride était donc bien une ostéo-arthrite,
« qui relevait uniquement de la résection.

« Du reste, même dans le cas de synovite hypertro-
« phique floride, je suis partisan, chez l'adulte, de
« la résection précoce. Malgré l'immobilisation la
« plus minutieuse et longtemps maintenue, malgré
« l'héliothérapie et les conditions hygiéniques les
« plus favorables, j'ai, depuis longtemps, insisté sur
« l'impossibilité d'obtenir une ankylose satisfaisante.
« Et ces malades à aspect souvent floride, gros, et
« parfois obèses, attendent, pendant des années, une
« guérison qui, malgré l'allure extrêmement torpide
« des lésions, ne se produit pas. La résection du
« genou s'impose chez eux.

« La résection du genou est le seul moyen de ren-
« dre à ces malades un membre inférieur solide, défi-
« nitivement guéri. »

CRITIQUE

« La critique est aisée », et nous avons, en terminant cette étude, la sensation absolue de l'exactitude de ces mots.

Pour cette raison, nous voulons essayer de la compléter partiellement par la discussion de quelques points particuliers.

On peut objecter que la forme synoviale floride ne mérite point l'autonomie que nous avons essayé de lui accorder. Elle n'est point, dira-t-on, une manière spéciale de se présenter de la tuberculose du genou. Il est très fréquent, en effet, de retrouver dans le passé des sujets, dont le mal vient d'empirer, une histoire pathologique remontant à des années et caractérisée par des faux-pas douloureux, de petits traumatismes et des poussées d'arthrite passagère ayant cédé pour un temps au repos banal ou à une immobilisation plâtrée de courte durée.

Cette forme floride n'est donc que le chemin banal,

un stade, une étape qui conduira fatalement à la tumeur blanche classique avec ses lésions ostéo-articulaires. Elle ne mérite donc pas d'être individualisée.

Cela est vrai en partie et en insistant sur les dangers de transformation possible nous avons souligné le fait.

Elle peut n'être, en effet, qu'un stade, et nous ne défendons point à outrance la forme synoviale pure. Nous disons seulement qu'elle existe et que celle que nous décrivons en est une forme longue et atténuée. C'est surtout la question du terrain floride sur lequel elle évolue qui importe au plus haut point.

Il est classique de répéter que la forme synoviale est rare. La majorité se rallie à cette opinion et les statistiques plaident pour cette façon de voir. Celle de Koenig, qui porte sur 118 cas, en trouve 69 d'origine osseuse, 32 d'origine synoviale et 17 à point de départ douteux. Et cependant, Richelot, vers 1890, soutenait à la Société de Chirurgie de Paris que dans un grand nombre de cas de tuberculose du genou, chez l'adulte, les lésions sont limitées à la synoviale alors que le squelette est intact.

En 1879, Létievant avait soutenu déjà, en décrivant une opération, l'arthroxesis, qui consistait à l'ablation intra-articulaire des fongosités et le nettoyage à la curette de l'articulation, l'importance des lésions synoviales. Ce chirurgien, se basant sur un grand

nombre de faits observés, formulait l'opinion un peu absolue, mais souvent justifiée, que les fongosités sont la lésion primitive dont les lésions osseuses ne sont que la conséquence.

Malgré tout, l'opinion générale donne aux lésions osseuses la prédominance.

M. le Professeur Tixier pense, et il parle toujours bien entendu des adultes, que les formes synoviales sont, à l'heure actuelle, infiniment plus fréquentes. Cela probablement pour la raison suivante : les statistiques d'autrefois ont été avant tout échafaudées sur des pièces opératoires. C'est-à-dire qu'elles l'ont été pour des lésions en général avancées, indiquant une résection, après des tentatives souvent prolongées d'autres thérapeutiques. Il n'est donc pas très étonnant qu'aient été souvent notées des lésions portant sur le cartilage et le squelette. Aujourd'hui les malades sont incontestablement observés plus tôt et les arthrites débutantes, les hydarthroses légères, mieux traitées et mieux immobilisées.

La fréquence plus grande de la forme synoviale tient en somme, pour M. Tixier, au fait que les tuberculoses du genou sont vues aujourd'hui dès leur début et que la péri-tonite articulaire débutante n'a pas eu le temps encore de mordre sur le squelette.

C'est là une impression, vraie surtout, pour la forme floride qui de toute évidence a des possibilités

très caractéristiques dans son maintien prolongé essentiellement synovial.

Nous n'avons point abordé le chapitre diagnostic. La forme de tuberculose floride du genou prêterait cependant à de longues et utiles discussions qui tenteraient de détacher les détails cliniques capables d'aboutir à des distinctions entre les diverses affections qui touchent cette articulation. Ce reproche est exact, nous l'avouons ici ; mais nous n'avons point osé tenter cette longue énumération, parfaitement mise au point dans les traités classiques.

Esquisser seulement un tel tableau au point de vue diagnostic différentiel pourrait sembler, à juste titre, un peu léger.

Etant donné la chronicité évolutive de la forme floride le diagnostic étiologique est souvent fort délicat.

La syphilis et la blennorrhagie peuvent prêter à confusion. Il faut songer aux arthrites de voisinage, reliquat d'une ostéomyélite larvée. Le temps et les radiographies permettent le plus souvent d'éliminer les localisations d'une tumeur maligne à l'extrémité supérieure du tibia avec réaction articulaire de voisinage. Il y aurait beaucoup à dire ; la question d'âge vient compliquer encore. Ce sont tous là tableaux classiques et longuement discutés.

Dans la tuberculose floride du genou deux points

de diagnostic mériteraient un développement particulier. C'est tout d'abord la notion de traumatisme qui intervient. Elle est très fréquemment invoquée par les malades. Elle pose la question du diagnostic différentiel, avec les traumatismes professionnels, les entorses à répétition, les ménicites chroniques. Il est certain qu'il est souvent fort difficile de trancher, d'autant que la tuberculose floride crée progressivement un état de dislocation articulaire et d'insécurité anatomique qui favorise les faux pas et les chutes. Il s'ajoute donc à son évolution propre le coup de fouet possible de ces multiples traumatismes souvent répétés. Cela ouvre un chapitre de diagnostic qui mériterait particulièrement d'être développé.

Le second point est dans une forme de réaction synoviale articulaire étiquetée lipome arborescent. On est bien fixé sur son aspect anatomo-pathologique. Il présente incontestablement des points communs avec la tuberculose floride, mais les notions étiologiques manquent totalement de précision. Elles sont multiples, donc imprécises. Pour certains mêmes les liens seraient étroits entre la synovite arborescente articulaire et périarticulaire et la tuberculose. Il devient alors bien difficile de trancher et c'est là encore un nouveau problème diagnostique qui se pose.

Au point de vue thérapeutique enfin on pourrait nous reprocher l'ardeur mise à défendre un peu systématiquement la résection économique dès le diagnostic bien posé.

Rollier, en particulier, qui a poussé à l'extrême les méthodes héliothérapiques et climatiques, et atteint dans leurs applications un degré de perfection absolu, obtiendrait peut-être des résultats sans recourir à un procédé sanglant aussi radical.

Il est bien évident que nous parlons sous un ciel lyonnais, et ceux qui le connaissent comprennent ce que cela veut dire.

Il est bien certain encore que de semblables problèmes ne se posent pas à ceux qui exercent au soleil d'Algérie ou du Maroc.

Nous en convenons aisément.

Néanmoins nous faisons remarquer que la plupart de nos malades ont été immobilisés des mois, parfois beaucoup plus, dans des plâtres, à la campagne pendant les mois d'été et cela même, véritable traitement d'épreuve, n'a point suffi à réaliser des améliorations convaincantes. Du reste Sorel lui-même en convient lorsqu'il écrit pour l'adulte : « Croire que par l'immobilisation et le traitement héliomarine on peut obtenir des guérisons réelles et définitives est une illusion dangereuse. On n'obtient jamais que des rémissions passagères suivies de réveils tôt ou tard. »

On pourrait aussi objecter que les méthodes dites conservatrices pourraient, malgré tout, aboutir après des années à une ankylose favorable. Outre le temps

qu'elle fait perdre il reste que chez les adultes l'arthrite du genou n'évolue que très rarement et sournoisement par étapes vers l'ankylose progressive.

Levet, dans sa thèse inspirée à Lyon par Poncet en 1903 et consacrée à l'arthrite ankylosante d'origine tuberculeuse, relate entre autres observations un cas d'ankylose du genou. L'évolution de la maladie durait depuis onze ans, pendant lesquels l'articulation presque constamment douloureuse avait été successivement mise en plâtre, laissée libre, couverte de points de feu, redressée pour cause de flexion, remise en appareil et ainsi de suite à plusieurs reprises, jusqu'au jour où elle se trouva définitivement ankylosée. Onze années ont été ainsi sacrifiées pour l'obtention toujours problématique d'une ankylose. Dans la forme floride on n'est même point assuré d'arriver jamais à un semblable résultat et on fait, durant cette attente, courir à son malade tous les risques d'aggravations possibles.

Deux procédés thérapeutiques enfin ont été laissés de côté dans notre exposé. Ils méritent d'être envisagés au titre de suggestions. Ce ne sont en rien des armes éprouvées. Ce sont :

1° L'arthrotomie exploratrice ;

2° La sympathectomie périartérielle fémorale.

L'arthrectomie exploratrice, que nous proposons

seulement pourrait être tentée au même titre que la laparotomie exploratrice dans les péritonites tuberculeuses. L'erreur favorable de Spencer Wells aurait peut-être là aussi des avantages.

Dans ces formes synoviales à leur début, l'ouverture large de l'articulation, l'évacuation d'une hydarthrose légère et une héliothérapie opératoire passagère autoriseraient peut-être des guérisons au même titre que celles, assez inexplicables d'ailleurs, de la péritonite tuberculeuse. Cela bien évidemment pourrait être tenté seulement dans les formes de début, synoviales pures, sans fongosités suspectes, sans réactions fibroplastiques trop intenses, sans adhérences intra-articulaires prononcées.

Nous l'avons dit, il s'agit là d'une simple suggestion.

Pour la sympathectomie fémorale les tentatives ont été faites. Physiologiquement, celle-ci est suivie à quelques heures, dans tous les cas, d'une vaso-dilatation active, qui atteint toujours le segment de membre en aval.

Dans son rapport au Congrès de Chirurgie de 1927, M. Leriche résume l'état de la question.

Il est logique d'essayer de modifier par la sympathectomie périartérielle les tuberculoses ostéo-articulaires puisque celle-ci est un puissant moyen d'hyper-

thémie. La vaso-dilatation qu'elle provoque, et qui dure de deux à trois semaines environ, a été comparée aux effets d'une véritable hélio-thérapie interne.

M. Leriche, enthousiaste convaincu des indications sympathiques, conclut néanmoins que le bilan de la sympathectomie périartérielle dans les tuberculoses ostéo-articulaires est franchement mauvais. Il faut cependant demander à la sympathectomie une *action de trophicité conjonctive et d'ostéogenèse*. On ne peut exiger d'elle l'étouffement des fongosités tuberculeuses.

« En somme, pas d'action vraie sur la tuberculose elle-même, mais une action indéniable sur les processus de la réparation osseuse et conjonctive. La sympathectomie périartérielle ne doit donc avoir dans le traitement de la tuberculose ostéo-articulaire qu'une place de second plan. Elle ne peut pas permettre d'éviter une opération osseuse, mais elle peut aider à étendre la limite des opérations conservatrices (évidemment, résection), compléter leur action, et aider à la réparation ».

Robineau, infiniment plus sévère, condamne dans le même rapport cette méthode : « La sympathectomie périartérielle, dit-il, agit immédiatement, avec une fréquence assez grande, pour activer temporairement la circulation dans un membre. Les résultats éloignés sont beaucoup plus rares ; pour beaucoup d'entre eux, il est douteux que les effets observés à

« longue échéance puissent être attribués à l'opération
« seule.

« Les indications opératoires sont multiples, mais
« aucune d'elles n'a en sa faveur ce double caractère
« de régularité dans les résultats favorables et de
« haut pourcentage dans les effets curatifs, qui, seuls,
« peuvent entraîner la conviction ».

Tout en cela est fort discutable comme on le voit et si nous énonçons cette possibilité thérapeutique sympathique c'est que la forme floride, avec ses lésions peu prononcées, torpides, et avec son ostéoporose généralisée diffuse réaliserait un type favorable à des tentatives de ce genre.

Les critiques peuvent donc s'énoncer nombreuses. Nous ne cachons point celles qui nous sont apparues.

On peut nous reprocher d'avoir transgressé avec la coutume des chapitres distincts, également et harmonieusement développés.

Notre point de départ a été une leçon clinique de M. le Professeur Tixier. Probablement l'avons-nous bien mal interprétée.

La substance de ce que nous avançons, M. le Professeur Tixier l'avait déjà énoncée en résumé dans son Précis de Pathologie chirurgicale :

« Forme indolente à prolifération synoviale monstrueuse.

« Chez des sujets souvent très vigoureux on voit
« évoluer avec une indolence remarquable une tumeur
« blanche du genou, caractérisée par une distension
« extrême des culs de sac synoviaux, avec conservation de la plus grande partie des mouvements de
« flexion et d'extension. Le genou globuleux donne
« à la palpation la sensation d'une masse molle, pâteuse, pseudo-fluctuante, mais n'ayant aucune tendance à la suppuration. Il s'agit de fongosités subissant une transformation fibro-lipomateuse. La
« guérison par ankylose n'a aucune tendance à se
« produire et les malades conservant malgré leur arthrite la possibilité de marcher acceptent à grand
« peine toute thérapeutique active. Et cependant,
« après avoir été des années indolente et bien supportée cette arthrite est susceptible de prendre tout
« à coup une allure grave avec suppuration et retentissement sur l'état général ».

Nous avons voulu essayer de développer ces mots et de donner une idée d'ensemble vécue, pratique et clinique partant moins théoriquement didactique. Ce que l'on gagne ainsi dans un sens on le perd par ailleurs. Qu'importe si nous avons réussi à rendre exactement un des points de l'enseignement si riche que nous avons reçu durant notre séjour en France dans la Clinique Chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

CONCLUSIONS

Parmi les diverses atteintes de la tuberculose de l'articulation du genou, M. le Professeur Tixier souligne l'intérêt d'une forme spéciale qui, par sa manière de se présenter, constitue du point de vue clinique et thérapeutique une véritable entité. Il la désigne sous le nom de « *tuberculose floride de l'articulation du genou* ».

Cliniquement, elle évolue chez l'adulte sous le couvert d'une apparence trompeuse, de par son faux aspect de bénignité locale et générale, pour un temps tout au moins, et de par son indifférence aux diverses thérapeutiques conservatrices.

Durant une longue période, elle évolue chez un

sujet d'aspect florissant, sous le masque d'une hydarthrose légère et d'un empâtement diffus articulaire et périarticulaire accompagnés d'une gêne fonctionnelle peu marquée et de phénomènes douloureux atténués.

La radiographie reste toujours négative. Parfois, seulement, elle décèle une décalcification diffuse des extrémités osseuses.

L'évolution reste longtemps stationnaire, rebelle à l'immobilisation, aux pointes de feu et à l'héliothérapie, mais elle garde la possibilité, plus ou moins retardée, d'une transformation en une tuberculose plus active, alors véritable tumeur blanche classique, ou d'une généralisation tuberculeuse.

Du point de vue thérapeutique, étant donné l'impuissance du traitement classique qui, véritable traitement d'épreuve, souligne l'indolence et la persistance des lésions et n'aboutit pas à l'ankylose vainement cherchée, M. le Professeur Tixier conseille de ne point s'attarder trop et préconise la *résection précoce*.

Elle seule assure une guérison rapide et de bon aloi, préférable infiniment au point de vue orthopédique à l'ankylose de l'articulation non réséquée, qui, par surcroît, dans cette forme floride tarde indéfiniment et ne s'obtient pour ainsi dire jamais.

Cette intervention met au jour les lésions anato-

miques cliniquement prévues : absence de lésions osseuses en évolution contrastant avec l'épaississement fibro-œdémateux synovial et péricapsulaire. Très souvent des fongosités arborescentes lipomateuses remplissent et distendent la cavité articulaire.

Vu:

Vu:

Le Président de la thèse,

Le Doyen,

L. TIXIER.

Jean LÉPINE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 13 avril 1929.

Le Recteur. Président du Conseil de l'Université,

GHEUSI.

TABLE DES MATIERES

I. AVANT-PROPOS	7
II. INTRODUCTION	9
III. ETUDE CLINIQUE ET EVOLUTION,	13
IV. OBSERVATIONS	35
V. ETUDE ANATOMIQUE	57
VI. TRAITEMENT	65
VII. CRITIQUE	85
VIII. CONCLUSIONS	97

